

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DE DOCTORAT PRÉSENTÉE AU
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

STÉPHANIE BOUCHER

ATTACHEMENT, STRATÉGIES DYADIQUES DE GESTION DU STRESS ET
SATISFACTION CONJUGALE CHEZ LES COUPLES EN TRAITEMENT DE
FERTILITÉ

JUILLET 2021

Composition du jury

Attachement, stratégies dyadiques de gestion du stress et satisfaction conjugale chez les couples en traitement de fertilité

Stéphanie Boucher

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Audrey Brassard, directrice de recherche
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke)

Katherine Péloquin, directrice de recherche
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Montréal)

Guylaine Côté, membre interne du jury
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke)

Raphaële Noël, membre externe du jury
(Département de psychologie, Université du Québec à Montréal)

Sommaire

L'infertilité, soit l'incapacité à concevoir après un an de relations sexuelles régulières non protégées, touche près d'un couple canadien sur six. Comme les couples tendent à repousser le moment où ils décident d'avoir des enfants et que la fertilité diminue avec l'âge, les besoins en traitement de fertilité sont en progression. Au Québec, le programme de gratuité de la procréation médicalement assisté mis en place de 2010 à 2016 a facilité temporairement l'accessibilité aux traitements de fertilité, ce qui a également augmenté le nombre de couples québécois ayant recours aux traitements de fertilité. En plus des coûts élevés, les démarches et traitements de fertilité contribuent à un niveau de stress élevé chez les partenaires. Ce stress a été relié à des difficultés notables au plan conjugal, notamment au niveau de la satisfaction conjugale des partenaires. L'attachement de chaque partenaire est un important prédicteur de la satisfaction conjugale chez les adultes de la population générale ainsi qu'un facteur de protection pour le couple en période de stress, tel qu'en contexte d'infertilité. Peu d'études ont toutefois porté sur les variables explicatives du lien entre l'attachement et la satisfaction conjugale des couples en contexte d'infertilité. Cette étude visait à vérifier le rôle des stratégies dyadiques de gestion du stress déployées par les conjoints pour expliquer les liens entre les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale chez les couples suivis en clinique de fertilité. Il était proposé que les stratégies d'adaptation dyadiques (SAD) à soi négatives expliquent les liens entre les insécurités d'attachement (anxiété, évitement) et une faible satisfaction conjugale. Un échantillon de 97 couples hétérosexuels a été recruté en clinique de fertilité au Québec pour répondre à des questionnaires de façon individuelle. Des analyses

acheminatoires suivant le *Actor-Partner Interdependence Model* (APIM) ont été effectuées pour vérifier les hypothèses de recherche. Les résultats révèlent que pour les femmes et les hommes, l'évitement de l'intimité était associé à une plus faible satisfaction conjugale par le biais d'une plus grande utilisation de SAD négatives. Pour les femmes et les hommes, les insécurités d'attachement (anxiété, évitement) étaient associées à une plus faible satisfaction conjugale par le biais d'une plus faible utilisation de SAD positives. Pour les hommes, l'évitement de l'intimité était associé à une plus faible satisfaction conjugale de sa partenaire par le biais (a) d'une plus faible utilisation des SAD positives de l'homme et (b) d'une plus faible utilisation de SAD positives par sa partenaire. Ces résultats permettront de sensibiliser les couples amorçant une démarche en PMA, d'aiguiller les équipes soignantes quant aux couples plus à risque de détresse conjugale et d'orienter les cliniciens dans leurs cibles d'intervention lors de suivis de couple spécialisés en fertilité.

Mots-clés : couple, infertilité, attachement amoureux, stratégies d'adaptation dyadiques, satisfaction conjugale.

Table des matières

Sommaire	iiii
Table des matières	v
Liste des tableaux	ixx
Liste des figures	x
Remerciements	xii
Introduction	1
Contexte théorique	7
Satisfaction conjugale	8
Modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation.....	10
Théorie de l'attachement.....	11
Développement de l'attachement	12
Stratégies d'attachement primaires.....	12
Stratégies d'attachement secondaires	13
Attachement amoureux ou attachement adulte.....	14
Styles d'attachement adulte	14
Style d'attachement sécurisant.....	15
Style d'attachement évitant.....	15
Style d'attachement anxieux	16

Représentations mentales de soi et des autres	16
Dimensions ou insécurités d'attachement	17
Anxiété d'abandon.....	17
Évitement de l'intimité	17
Mesures de l'attachement	18
Attachement et satisfaction conjugale	20
Attachement et satisfaction conjugale en contexte d'infertilité	21
Stratégies d'adaptation	24
Stratégies d'adaptation individuelles.....	24
Stratégies d'adaptation dyadique (SAD)	26
Attachement et stratégies d'adaptation.....	28
Attachement, adaptation dyadique et satisfaction conjugale.....	29
Le système de soutien.....	31
Limites des études précédentes	33
Objectifs et hypothèses.....	33
Méthode.....	35
Participants	36
Déroulement	39
Instruments	39

Questionnaire socio-démographique	39
Attachement amoureux.....	40
Stratégies d'adaptation dyadique (SAD)	40
Satisfaction conjugale.....	41
Considérations éthiques.....	42
Résultats	43
Analyses préliminaires	44
Analyses principales.....	48
Modèle des stratégies d'adaptation négatives	49
Modèle des stratégies d'adaptation positives	51
Discussion	54
Retour sur les résultats principaux	55
Insécurités d'attachement et SAD	55
SAD et satisfaction conjugale	60
Rôle médiateur des SAD	63
Évitement – SAD – satisfaction.....	63
Anxiété d'abandon – SADP – satisfaction conjugale.....	64
Évitement homme– SADP – satisfaction conjugale femme.....	65
Retombées scientifiques et cliniques.....	66

Retombées scientifiques	66
Retombées cliniques	67
Forces, limites et pistes de recherche	71
Conclusion.....	74
Références	78
Appendice A : Formulaire de consentement	94
Appendice B : Questionnaire sociodémographique	103
Appendice C : Documents pour le recrutement	110

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Pourcentage pour les hommes et les femmes du plus haut degré de scolarité, du statut d'emploi, du revenu et de la langue maternelle38
- 2 Moyennes, écart-types, asymétrie et aplatissement des variables étudiées chez les femmes et les hommes46
- 3 Corrélations préliminaires entre les variables à l'étude pour les femmes et les hommes ..47

Liste des figures

Figure

- 1 Le modèle théorique du fonctionnement conjugal Vulnérabilité-Stress-Adaptation..... 11
- 2 Modèle d'analyses acheminatoires présentant les liens entre les dimensions d'attachement, les stratégies d'adaptation dyadique négatives et la satisfaction conjugale des deux partenaires du couple.....50
- 3 Modèle d'analyses acheminatoires présentant les liens entre les dimensions d'attachement, les stratégies d'adaptation dyadique positives et la satisfaction conjugale des deux partenaires du couple.53

Remerciements

La fin de cette thèse doctorale met un terme à mon parcours doctoral. Ce projet de recherche a contribué au développement de la clinicienne que je suis devenue et n'aurait pas vu le jour sans les encouragements de mon réseau. Je tiens donc à les remercier sincèrement.

Je tiens d'abord à remercier ma famille, plus particulièrement, mes parents, Denise et Réal, et mes sœurs, Catherine et Véronique, qui ont toujours cru en moi, m'ont soutenue tout au long de ce processus et m'ont encouragée à persévérer dans mes périodes de doute. Merci d'avoir été présents, d'avoir été à l'écoute de mes besoins et d'avoir pris le temps, par vos petites attentions, de souligner les étapes de mon parcours académique.

Un grand merci à ma bonne amie Roxanne pour nos nombreuses journées de rédaction, tes encouragements, tes relectures, ton intérêt et ton écoute sur un sujet qui te touche particulièrement. J'ai particulièrement apprécié nos soirées de filles qui m'ont permis de décrocher et de penser à autre chose que la rédaction. Merci à mon conjoint, Vincent, qui s'est greffé vers les derniers milles de ce projet, qui par ses commentaires et son soutien m'a aidée avec mon assiduité. Merci à mes amis et mes collègues du doctorat. Nos échanges tout au long du processus m'ont permis de partager et normaliser les émotions que je ressentais.

Enfin, ce projet de recherche n'aurait pas vu le jour sans le temps, les commentaires, l'investissement et l'accompagnement bienveillant de mes directrices Audrey Brassard et Katherine Péloquin. Ce projet de recherche représentait un grand défi pour moi, sans vous je n'aurais pas pu rendre à terme ce projet.

Introduction

Le besoin d'être en couple, de s'épanouir, de vouloir fonder une famille et d'avoir une descendance sont des besoins légitimes comme adulte. C'est pourquoi les individus ayant des difficultés à concevoir peuvent se percevoir comme défectueux, s'interroger sur leur identité et vivre un sentiment d'injustice (Bermingham, 2011). Pour une majorité d'adultes, fonder une famille est perçu comme faisant partie de l'ordre naturel des choses. À ce propos, 92 % des femmes canadiennes mariées ou en couple désirent avoir un enfant (Edmonston, Lee, & Wu, 2008). Or, environ 12 à 16 % des couples canadiens sont aux prises avec l'infertilité (Bushnik et al., 2015; Gouvernement du Canada, 2013), 12 % des femmes américaines ou leur partenaire ont déjà consulté des services en procréation médicalement assistée (PMA) (Chandra, Copen, & Stephen, 2014) et le taux d'infertilité des pays industrialisés varie de 4 à 17 % (Boivin, 2007, 2009).

L'infertilité se définit comme une incapacité à concevoir un enfant après un an de relations sexuelles régulières non protégées ou l'incapacité de mener une grossesse à terme (Organisation mondiale de la santé, 2002; Zegers-Hochschild et al., 2009). Au Canada, 12 à 16 % des couples sont infertiles, une prévalence en hausse depuis 1984 (Bushnik et al., 2015; Gouvernement du Canada, 2013). Au Québec, le recours aux traitements de fertilité a gagné en popularité, notamment en raison de la loi 26 sur la gratuité de la PMA en vigueur de 2010 à 2016 ainsi que du contexte social favorisant le

report du moment auquel les couples décident de fonder une famille. En effet, les couples qui tentent de concevoir à un âge plus avancé ont alors une fertilité diminuée, ce qui peut expliquer leur recours à la PMA (Ford et al., 2000).

Le contexte particulier de l'infertilité et de ses traitements peut générer plusieurs sources de stress, dont les effets secondaires de la médication pouvant perturber l'humeur et le sommeil, le fardeau monétaire lié aux traitements de fertilité, l'inconnu face au processus de traitement et l'incertitude face à l'issue de celui-ci (Engler, 2009), les tests médicaux multiples, les protocoles de traitement intrusifs et souvent douloureux, de même que les nombreux deuils et déceptions pouvant découler de la PMA (Péloquin, Brassard, & Purcell-Lévesque, 2014; Quant et al., 2013). Maintes études ont documenté que les individus vivent un niveau de stress élevé à la suite d'un diagnostic d'infertilité et de ses traitements (Benyamini et al., 2005; Luk et Loke, 2015; Paul et al., 2010; Péloquin, Brassard, Arpin, Sabourin, & Wright, 2018; Weaver, Clifford, Hay, & Robinson, 1997). Ce stress est associé à des conséquences néfastes sur les plans psychologique, sexuel et conjugal (pour des revues, voir Bright, Dube, Hayden, & Gordon, 2020; Greil, 1997; Péloquin & Lafontaine, 2010; Verhaak et al., 2007).

Plus spécifiquement, la satisfaction conjugale est susceptible d'être affectée par le contexte de la PMA. Or, les résultats des études portant sur la satisfaction conjugale des couples en démarche de fertilité sont contradictoires. Certaines rapportent que les couples infertiles vivent plus de détresse conjugale que les couples fertiles (p. ex., Zhanying,

Yongsheng, & Aiqin, 2000), que les candidats à l'adoption (p. ex., Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011) ou encore que les couples dont les traitements ont réussi (Benazon, Wright, & Sabourin, 1992). D'autres études indiquent que certains couples rapportent plutôt des bénéfices conjugaux découlant de l'infertilité (p. ex., Galhardo et al., 2011; Sauvé, Péloquin, & Brassard, 2020) ou peu de différences par rapport aux couples fertiles en termes de satisfaction conjugale (Galhardo et al., 2011; Onat & Beji, 2012; Weaver, Clifford, Hay, & Robinson, 1997). Pour comprendre les variations probables de la satisfaction conjugale des couples confrontés aux multiples stressors découlant des démarches de fertilité, il s'avère pertinent de s'intéresser aux caractéristiques individuelles des partenaires (ou vulnérabilités) ainsi qu'aux stratégies déployées par les conjoints pour s'adapter à ces difficultés (ou processus adaptatifs, Karney & Bradbury, 1995).

Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer les variations dans la satisfaction conjugale des couples en démarche de fertilité, les représentations d'attachement semblent être particulièrement importantes à considérer. La théorie de l'attachement s'avère fort pertinente pour comprendre la satisfaction conjugale des conjoints, car elle postule que les attentes et les perceptions quant aux interactions ayant lieu au sein du couple sont influencées par les différences individuelles en termes de sécurité d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2016). Puisque les liens entre les insécurités d'attachement et l'insatisfaction conjugale sont bien établis (Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver), de plus en plus de chercheurs explorent de façon empirique les médiateurs potentiels (ou facteurs explicatifs) de ces liens. Parmi les facteurs identifiés, les stratégies d'adaptation

inadaptées ressortent comme un médiateur pertinent à considérer en contexte de stress (Mikulincer & Shaver, 2016).

Plusieurs études rapportent que l'infertilité et les traitements de PMA sont associés à un niveau de stress élevé (Benyamini et al., 2005; Luk & Loke, 2015; Paul et al., 2010; Péloquin et al., 2017; Weaver, Clifford, Hay, & Robinson, 1997) pour les deux partenaires du couple ayant le projet de fonder une famille (Donarelli et al., 2012; Luk & Loke, 2015; Péloquin et al., 2017). En contexte d'infertilité, les deux partenaires doivent donc déployer des stratégies afin de s'adapter ensemble à cette situation de stress (Bermingham, 2011; Péloquin & Lafontaine, 2010). Il s'avère donc important d'observer comment les partenaires s'adaptent ensemble aux différents stressseurs plutôt que de manière isolée. C'est pourquoi il est pertinent de s'intéresser aux stratégies dyadiques de gestion du stress (Bodenmann, 2005) en contexte d'infertilité (Péloquin & Lafontaine, 2010).

Par ailleurs, les chercheurs recommandent de plus en plus d'étudier les facteurs explicatifs de la satisfaction conjugale des couples en traitement de fertilité en considérant conjointement les deux partenaires à l'aide de devis de recherche dyadiques, afin de tenir compte de l'expérience de chacun (Péloquin & Lafontaine, 2010). La présente étude porte donc sur l'attachement et les stratégies dyadiques de gestion du stress pour mieux comprendre la satisfaction conjugale chez les deux partenaires de couples ayant recours à la PMA. Précisément, les stratégies dyadiques de gestion du stress sont explorées comme variable médiatrice des liens entre l'attachement et la satisfaction conjugale.

Cette thèse est formée de cinq sections. La première section correspond au contexte théorique et définit les variables étudiées, soit la satisfaction conjugale, l'attachement et les stratégies d'adaptation dyadique (SAD) chez les couples en traitement de fertilité. Cette section présente aussi les résultats des études empiriques mettant en lien ces variables. Enfin, les objectifs, les questions et les hypothèses de recherche y sont aussi élaborés. La deuxième section présente la méthode de recherche utilisée, soit les caractéristiques de l'échantillon, le déroulement de l'étude, les instruments utilisés ainsi que les considérations éthiques. La troisième section correspond à la présentation des résultats, incluant les analyses préliminaires ainsi que les analyses principales permettant de vérifier les hypothèses et questions de recherche. La quatrième section contient une discussion des résultats obtenus, ainsi que la présentation des retombées cliniques, des forces, des limites et des pistes de recherches futures. Finalement, une conclusion de la recherche est présentée.

Contexte théorique

Satisfaction conjugale

Les auteurs utilisent divers termes tels que satisfaction conjugale, adaptation conjugale et ajustement dyadique quand vient le temps d'évaluer la qualité de la relation intime des membres d'un couple (Bradbury, Fincham, & Beach, 2000). Selon Spanier (1976), le concept d'ajustement dyadique, un concept plus large qui inclut notamment la satisfaction conjugale, peut être défini comme une évaluation qualitative de la relation intime des membres d'un couple. L'ajustement dyadique peut être conceptualisé comme une variable multidimensionnelle et, dans un tel cas, elle est évaluée à l'aide de plusieurs items (Fincham & Linfield, 1997). Par exemple, la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier, 1976) évalue l'ajustement conjugal au moyen de 32 items répartis sous quatre sous-échelles, soit la cohésion dans le couple, un consensus sur des éléments importants de la relation, l'expression d'affection et la satisfaction conjugale. La satisfaction conjugale peut aussi être conceptualisée comme une variable unidimensionnelle (Fincham & Linfield, 1997). À cet effet, l'échelle abrégée du DAS-4 permet d'évaluer uniquement la satisfaction conjugale au moyen de quatre items (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005).

Les couples qui souhaitent fonder une famille sont habituellement des couples assez satisfaits de leur relation et peu d'entre eux vivent une détresse conjugale sévère. Lorsque les couples vivent des difficultés à concevoir, les chercheurs ont observé tantôt

de la détresse conjugale, tantôt des bénéfices conjugaux (c.-à-d., le renforcement de la relation à la suite de l'infertilité; Schmidt, Holstein, Christensen, & Boivin, 2005). Dans leur revue systématique des écrits, Luk et Loke (2015) suggèrent des résultats contradictoires quant à l'impact de l'infertilité sur la satisfaction conjugale. D'une part, Drosdzol et Skrzypulec (2009) ont observé une meilleure relation conjugale chez les femmes infertiles que les femmes fertiles auprès de 206 couples infertiles et 190 couples fertiles. D'autre part, la recherche de Onat et Beji (2012) ne rapporte aucune différence significative sur le plan de l'ajustement dyadique entre le groupe de 58 couples infertiles et le groupe contrôle de 51 couples fertiles. De plus, de nombreuses études n'ont pas observé de détresse conjugale chez les couples infertiles (pour une revue, voir Greil et al., 2018). Ces résultats suggèrent donc que des facteurs sont susceptibles de différencier les couples qui s'ajustent bien de ceux qui rencontrent plus de difficultés conjugales dans le contexte de l'infertilité.

La majorité des études portant sur des facteurs conjugaux en contexte de fertilité ont favorisé des approches centrées sur l'individu (Péloquin & Lafontaine, 2010). Ainsi, les études ayant évalué l'adaptation conjugale à l'aide de modèles considérant l'apport des deux conjoints – ou études dyadiques – sont plus rares. Pourtant, l'infertilité est un stress (Amir, Horesh, & Lin-Stein, 1999) qui rejoint non seulement l'individu, mais aussi le couple (Péloquin & Lafontaine). En effet, les nombreuses déceptions et deuils que les conjoints traversent peuvent fragiliser leur relation ou bien la solidifier, selon la façon

dont ils s'adaptent ensemble ou non. C'est pourquoi la présente recherche étudie des mécanismes explicatifs de la satisfaction conjugale d'un point de vue dyadique.

Modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation

Il existe un modèle théorique permettant d'expliquer les variations dans la satisfaction conjugale chez les conjoints, soit le modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation (VSA; Karney & Bradbury, 1995). Ce modèle est particulièrement pertinent à l'étude des couples en traitement de fertilité puisque, contrairement à d'autres modèles théoriques du fonctionnement conjugal, celui-ci permet de considérer l'effet d'événements stressants externes à la relation de couple, tel l'infertilité et ses traitements. Ce modèle permet également d'émettre des hypothèses quant à la qualité de la relation conjugale selon la façon dont les partenaires s'adaptent ensemble ou non au contexte de stress.

Plus précisément, en s'appuyant sur une méta-analyse regroupant 115 études longitudinales, Karney et Bradbury (1995) ont élaboré le modèle théorique VSA, qui explique la satisfaction conjugale selon trois types de facteurs. Le modèle stipule que (1) les *événements stressants* (positifs ou négatifs) vécus par le couple et (2) les *vulnérabilités* (caractéristiques stables) de chaque partenaire exercent une influence réciproque sur (3) les *processus d'adaptation* du couple aux circonstances rencontrées. Les processus adoptés par les conjoints contribueraient au degré de satisfaction conjugale, qui lui-même influencerait la stabilité du couple. Selon ce modèle, les insécurités d'attachement de chaque partenaire constitueraient des éléments de vulnérabilité pour le couple, qui

affecteraient la capacité des partenaires à gérer le stress ensemble (adaptation dyadique), ce qui en retour contribuerait à la satisfaction des conjoints envers leur relation. La Figure 1 illustre ce modèle théorique. Ce modèle apparaît tout indiqué pour comprendre les variations au niveau de la satisfaction conjugale des couples en traitement de fertilité puisqu'il tient à la fois compte du stress (infertilité), des vulnérabilités de chaque partenaire (insécurités d'attachement) et des processus adaptatifs du couple (SAD) dans une compréhension dyadique de la satisfaction conjugale des deux partenaires.

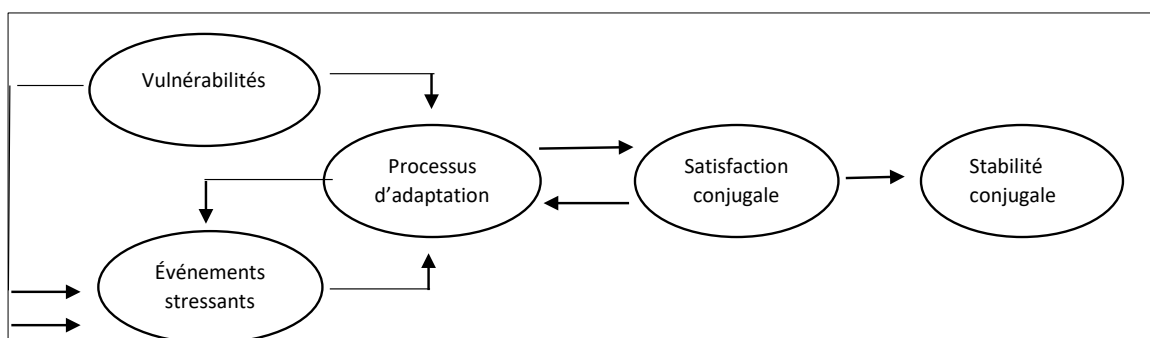


Figure 1. Le modèle théorique du fonctionnement conjugal Vulnérabilité-Stress-Adaptation (VSA; Karney & Bradbury, 1995) [Traduction libre].

Théorie de l'attachement

L'attachement est une caractéristique individuelle (ou vulnérabilité) qui se développe dès l'enfance à travers les interactions répétées entre l'enfant et sa figure d'attachement, soit la personne qui en prend soin (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980). Malgré de possibles variations, l'attachement est relativement stable tout au long de la vie (Bowlby, 1979; Feeney, 2016; Fraley, 2002). À l'âge adulte, l'attachement amoureux

permet de comprendre la formation ainsi que la dynamique de la relation entre les partenaires (Brennan et al., 1998). Afin de bien comprendre l'attachement adulte, cette section aborde d'abord le développement, puis les conceptualisations de l'attachement chez l'enfant et l'adulte, ainsi que différentes mesures de l'attachement.

Développement de l'attachement

La théorie de l'attachement développée par Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) repose sur le principe qu'un jeune enfant, pour se développer sur les plans social et émotionnel, a besoin d'une relation avec une personne prenant soin de lui de manière sensible et stable.

Stratégies d'attachement primaires. En cas de menace perçue ou d'inconfort, l'enfant utilise des stratégies d'attachement primaires comme la recherche de proximité en vue de rétablir son sentiment de sécurité (Main, 1990). Si la figure d'attachement est disponible, sensible et qu'elle apporte du soutien, l'enfant développe une sécurité d'attachement marquée par la confiance en soi et envers son environnement. Avec le temps, les réponses de la figure d'attachement deviennent prévisibles pour l'enfant, ce qui a pour effet de renforcer positivement son sentiment de sécurité. L'enfant peut alors explorer son environnement et utiliser son système d'attachement de façon flexible. La qualité de cette relation influence les comportements de l'individu dans ses relations intimes tout au long de sa vie.

Stratégies d'attachement secondaires. Si la figure d'attachement n'est pas disponible physiquement et émotionnellement pour répondre aux besoins de l'enfant ou l'est de manière non constante, l'enfant développe de l'insécurité d'attachement, limitant son sentiment de confiance personnel pour faire face aux obstacles futurs et sa capacité à dépendre d'autrui dans les moments de stress. À ce moment, l'enfant a recours à des stratégies secondaires du système d'attachement afin de répondre à ses besoins d'attachement. Par exemple, l'enfant peut rester éloigné de sa figure d'attachement comme il s'attend à ne pas recevoir de soins ou bien rester collé à celle-ci comme il assimile que c'est le seul moyen de recevoir les soins appropriés ou la réassurance recherchée. L'enfant devient alors sensible aux signes de rejet et à la distance de ses figures d'attachement. Des stratégies secondaires d'attachement apparaissent en fonction de l'efficacité des stratégies primaires d'attachement. Ces stratégies secondaires d'attachement se nomment l'hyperactivation et la désactivation du système d'attachement (Cassidy & Kodak, 1988; Main, 1990; Mikulincer & Shaver, 2016).

Les stratégies d'hyperactivation du système d'attachement ont pour but de susciter un rapprochement de la figure d'attachement. Lorsque l'individu perçoit une menace à sa sécurité ou à la relation avec sa figure d'attachement, il recherche alors la proximité et l'intimité de manière excessive et intensifie ses demandes d'attention, d'amour et de soutien (Mikulincer & Shaver, 2016). Dans le cas où la figure d'attachement désapprouve l'expression de vulnérabilités et l'intimité, l'individu apprend plutôt à inhiber ses vulnérabilités et cesse ses demandes de proximité. Les menaces et les dangers sont alors

traités en désactivant le système d'attachement, c'est-à-dire en minimisant ou en niant les sentiments de détresse personnelle, en niant le besoin d'être en relation avec autrui et en se fiant uniquement sur soi pour régler ses difficultés (Mikulincer & Shaver, 2016), ce que Bowlby (1969/1982) nomme l'autosuffisance compulsive. Les stratégies de désactivation visent à mettre le système d'attachement hors circuit afin d'éviter la détresse et la colère liées à la non disponibilité de la figure d'attachement.

Attachement amoureux ou attachement adulte

Les représentations d'attachement tendent à demeurer relativement stables à travers le temps (Bowlby, 1979; Fraley, 2002), excepté en présence de trauma ou d'expériences positives ou négatives prolongées (Fraley & Davis, 1997). Ce faisant, les représentations d'attachement à l'enfance sont corrélées aux représentations d'attachement à l'âge adulte (Hazan & Shaver, 1987). Une fois adulte, le partenaire amoureux devient alors la principale figure d'attachement (Hazan & Shaver, 1987). L'attachement adulte peut être conceptualisé en styles ou catégories (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987) ou encore en dimensions ou continuums représentant les insécurités d'attachement (Brennan, Clark, & Shaver, 1998).

Styles d'attachement adulte. Hazan et Shaver (1987) ont développé une conceptualisation de l'attachement adulte correspondant aux styles d'attachement identifiés chez l'enfant (Ainsworth, Blehar, Water, & Wall; 1978). Cette conceptualisation s'articule autour de trois styles d'attachement.

Style d'attachement sécurisant. Les individus au style d'attachement sécurisant ont bénéficié d'une présence rassurante et constante de la part de leurs figures d'attachement (Bowlby; 1969/1982). Conséquemment, ces individus ne craignent pas l'abandon et ne perçoivent pas les autres comme intrusifs ou insensibles (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2016). Ils ne doutent pas de la disponibilité de leur partenaire, leur font confiance, sont à l'aise avec l'intimité, ont une bonne capacité d'adaptation aux stressseurs et l'évocation en pensée du partenaire permet de les rassurer (Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver). De plus, ces personnes sont en mesure de demander de l'aide et d'exprimer clairement leurs besoins d'attachement en exprimant leurs pensées et émotions (Feeney). Ce sentiment de sécurité teinte positivement leurs perceptions, comportements et émotions.

Style d'attachement évitant. En plus d'éprouver une difficulté à faire confiance aux gens (Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver, 2016), les représentations des adultes au style d'attachement évitant les amènent à nier leur besoin d'attachement (Hazan & Shaver, 1987). Ils sont inconfortables avec l'intimité, la dépendance à leur partenaire, préfèrent être distants sur le plan émotionnel et valorisent l'indépendance (Mikulincer & Shaver). En ce sens, les demandes de rapprochement de leur partenaire sont perçues comme intrusives par les individus évitants. La distance est perçue comme confortable pour eux bien qu'elle ait pour effet d'entraîner de la solitude (Mikulincer & Shaver).

Style d'attachement anxieux. Les adultes au style d'attachement anxieux doutent de leur valeur et craignent que leur partenaire ne les aime pas vraiment ou les abandonne (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2016). Puisque la distance avec leur figure d'attachement est difficilement tolérée, ils recherchent donc intensément l'intimité avec leur partenaire (Hazan & Shaver; Mikulincer & Shaver), ce qui peut être perçu comme envahissant et entraîner l'éloignement du partenaire (Hazan & Shaver).

Représentations mentales de soi et des autres. Les représentations mentales de soi et des autres se forment à partir des expériences précoces vécues en relation avec les figures d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2016). Ces représentations mentales peuvent être positives ou négatives et elles influencent la personnalité de l'enfant et, plus tard, la dynamique de l'ensemble de ses relations dont les relations amoureuses (Mikulincer & Shaver). En croisant les représentations mentales de soi et des autres dans un modèle quadripartite de l'attachement, Bartholomew et Horowitz (1991) ont proposé l'ajout d'un quatrième style d'attachement aux trois autres déjà proposés par Hazan et Shaver (1987), soit le style d'attachement craintif. Dans ce modèle, l'individu sécurisé a des représentations positives de soi et des autres. À l'inverse, l'individu craintif a des représentations négatives de soi et des autres. L'individu préoccupé (anxieux) a une représentation négative de soi et positive des autres. Enfin, l'individu détaché (évitant) a une représentation positive de soi et une représentation négative des autres.

Dimensions ou insécurités d'attachement. Dans un souci de regrouper les différentes visions des chercheurs, les travaux de Brennan et al. (1998) ont permis de mettre en évidence deux dimensions ou continuums d'insécurités d'attachement chez l'adulte, soit l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité.

Anxiété d'abandon. L'anxiété d'abandon réfère à des représentations internes de soi négatives, soit un sentiment profond d'être inadéquat et indésirable, une grande peur du rejet ou de l'abandon, une anticipation de la séparation et une attention soutenue aux moindre signes d'indisponibilité du partenaire (Brennan et al., 1998; Mikulincer, & Shaver, 2016). Lorsque l'individu perçoit une menace à sa relation (réelle ou non) et craint le rejet, son système d'attachement s'active et des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement sont mises en place, telles que des demandes de réassurance constantes, l'accentuation des besoins de soutien et une grande recherche de proximité (Mikulincer & Shaver). En couple, ces demandes répétées peuvent être perçues comme envahissantes par le partenaire, ce qui peut parfois susciter une prise de distance par ce dernier.

Évitement de l'intimité. L'évitement de l'intimité, pour sa part, réfère à des représentations négatives des autres comme indignes de confiance et s'exprime sous forme d'indépendance excessive et d'un inconfort avec l'intimité émotionnelle et les situations de dépendance relationnelle (Mikulincer & Shaver, 2016). Des stratégies de désactivation du système d'attachement sont liées à cette insécurité : l'individu tend à se détacher d'un point de vue émotionnel afin de ne pas ressentir sa détresse et à rechercher

une distance psychologique avec son partenaire. Il a la perception qu'il ne peut compter que sur lui-même. Les principales stratégies de désactivation utilisées sont le déni, la minimisation des difficultés de la relation et la répression des émotions (Cassidy, Shaver, Mikulincer, & Lavy, 2009; Mikulincer & Shaver). Enfin, l'individu plus évitant cherche à résoudre seul les menaces vécues par le couple. Il manifeste un grand contrôle émotionnel en réprimant ou en dissimulant ses émotions à son partenaire.

Mesures de l'attachement

Des échelles catégorielles mesurent qualitativement l'attachement, permettant une conceptualisation en termes de styles d'attachement (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Ces mesures sont fort utiles en clinique comme elles permettent de mieux comprendre le patient qui consulte (Maunder & Hunter, 2009). Pour leur part, les échelles dimensionnelles mesurent quantitativement l'attachement selon deux dimensions ou continuums (anxiété d'abandon, évitement de l'intimité). En recherche, ces échelles permettent de conserver la variabilité dans les données qui pourrait être perdue en ne considérant que des catégories précises (Ravitz et al., 2010). L'approche dimensionnelle, qui sera retenue dans cette étude, permet une représentation plus nuancée de l'attachement (Brennan et al., 1998). Fraley et Waller (1998) ont d'ailleurs montré que les échelles d'attachement conceptualisées en dimensions maximisent davantage la variabilité, sont plus précises et plus fidèles que celles s'appuyant sur un modèle catégoriel (style).

Les instruments de mesure de l'attachement sont issus de deux grandes approches en psychologie, soit l'approche de la psychologie sociale et celle de la psychologie développementale et psychodynamique (Ravitz et al., 2010). La première préconise des mesures auto-rapportées pour évaluer l'attachement adulte (Cassidy & Shaver, 1999), car elles sont faciles à utiliser et à interpréter (Bartholomew & Shaver, 1998). Ce type de mesures évalue les pensées, les émotions et les comportements en lien avec l'attachement amoureux, mais ne permet pas de détecter les processus inconscients et les réponses sont limitées par la capacité d'introspection et l'honnêteté du participant (Brennan et al., 1998). Malgré ces limites, elles permettent de montrer les différences individuelles dans les processus inconscients (Mikulincer & Shaver, 2016).

Pour sa part, l'approche développementale et psychodynamique utilise des méthodes narratives afin d'accéder aux représentations internes d'un individu et ainsi, déterminer l'attachement adulte. La cible principale de ces entrevues est la nature des relations précoces d'attachement entre l'individu et ses parents (Hesse, 1999; Main & Solomon, 1990; Ravitz et al., 2010). La nature projective de ces entrevues permet d'activer les pensées et les sentiments liés à des expériences d'attachement et n'est pas limitée par l'introspection ni les défenses de l'individu (Ravitz et al., 2010). Les entrevues sont perçues comme plus révélatrices et plus puissantes que les mesures auto-rapportées, mais elles sont souvent impraticables dans plusieurs contextes cliniques ou de recherche (Brennan et al., 1998). En effet, la passation de ces entrevues requière une formation et de la supervision. À titre d'exemple, l'*Adult Attachment Interview* (AAI; Main et al., 1985)

prend la forme d'une entrevue semi-structurée explorant l'enfance de l'individu à partir de 20 questions ouvertes. Il permet d'observer si l'individu est en mesure d'élaborer un discours cohérent en lien avec ses principales figures d'attachement. La passation ainsi que la cotation d'une telle entrevue peuvent s'avérer longues et complexes.

Selon Mikulincer et Shaver (2016), bien que les méthodes puissent différer, les résultats observés s'avèrent la plupart du temps similaires. Ainsi, dans le contexte de cette thèse, l'*Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998) est retenu, car cet outil permet de mesurer l'insécurité d'attachement sous forme bidimensionnelle. La forme abrégée proposée par Lafontaine et al. (2016) limite la durée de participation nécessaire à l'étude sans altérer les qualités psychométriques de l'outil.

Attachement et satisfaction conjugale

De nombreuses études empiriques ont évalué les liens entre l'attachement et la satisfaction conjugale. D'abord, plusieurs études rapportent des effets de type *acteur* : les insécurités d'attachement de chaque partenaire sont associées de façon stable à leur propre insatisfaction conjugale, et ce, chez les couples de la population générale et clinique, tant dans les études transversales que longitudinales (voir Feeney, 2016, pour une revue). La plupart des études révèlent que les individus ayant des degrés plus élevés d'anxiété ou d'évitement rapportent une satisfaction conjugale plus faible (Mikulincer & Shaver, 2016), qu'ils soient en cohabitation avec leur partenaire (Bayley, Slade, & Lashen, 2009; Brassard, Lussier, & Shaver, 2009; Shaver et al., 2005) ou mariés (p. ex., Bayley et al.,

2009; Brassard et al., 2009; Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1996; Davila, Bradbury, & Fincham, 1998; Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich, & Shalev, 1998), et ce, tant chez les hommes que les femmes. Une méta-analyse de Li et Chan (2012) résume les liens observés entre les insécurités d'attachement (anxiété, évitement) et la satisfaction conjugale. En s'appuyant sur 73 études regroupant 118 échantillons ($N = 21\,602$ individus), la méta-analyse révèle que l'évitement est plus fortement corrélé négativement à la satisfaction conjugale que l'anxiété.

D'autres études observent des effets de type *partenaire*, soit l'effet des insécurités d'attachement d'un individu sur la satisfaction conjugale de son/sa partenaire : ces études montrent en majorité que les individus qui sont en couple avec un partenaire présentant des degrés plus élevés d'évitement ou d'anxiété ont aussi une satisfaction conjugale plus faible (pour des revues, voir Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver, 2016). Enfin, certaines études notent des différences de genre. À titre d'exemple, une étude dyadique auprès de 172 couples québécois consultant en thérapie de couple révèle que l'évitement de l'intimité de la femme est associé à une satisfaction conjugale plus faible chez l'homme, alors que l'anxiété d'abandon de l'homme est associée à une satisfaction conjugale plus faible chez la femme (Mondor, McDuff, Lussier, & Wright, 2011).

Attachement et satisfaction conjugale en contexte d'infertilité

Quelques études ont examiné les liens entre les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale chez les couples en démarche de fertilité. Il semble que les conjoints

sont plus à risque de mettre à l'épreuve leur relation de couple et de voir leur satisfaction conjugale en souffrir s'il y a présence d'insécurités d'attachement chez les partenaires en démarche de PMA (Amir et al., 1999). En effet, le contexte stressant des traitements de fertilité pourrait rendre plus saillantes les insécurités d'attachement (Feeney, 2016; Lowyck et al., 2009). À titre d'exemple, une étude longitudinale réalisée auprès de 70 couples suivis en PMA révèle que les individus ayant des styles d'attachement anxieux et évitant rapportent une plus faible satisfaction conjugale (Lowyck et al., 2009). Or, cette étude mesurait l'attachement de façon catégorielle et non continue, limitant la variabilité des données. Une autre étude auprès d'un échantillon de 98 femmes et 64 hommes en attente d'une première rencontre ou ayant récemment eu leur première rencontre de suivi en clinique de fertilité révèle que l'anxiété et l'évitement chez la femme et l'anxiété d'abandon chez l'homme sont corrélés à une plus faible satisfaction conjugale (Bayley et al., 2009). Cette étude n'a toutefois pas effectué d'analyses dyadiques permettant l'analyse des effets de type partenaire. L'étude de Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich et Shalev (1998), menée auprès des deux membres de 80 couples suivis en PMA, a révélé que les individus ayant des partenaires au style d'attachement sécurisé rapportent une meilleure satisfaction conjugale que les individus ayant un partenaire au style d'attachement évitant ou anxieux. Ces effets étaient significatifs principalement lorsque l'homme recevait le diagnostic d'infertilité. Or, cette étude menée en Israël ne permet pas d'évaluer les insécurités d'attachement des deux conjoints simultanément.

La présente étude se distingue des études précédentes en s'appuyant sur le *Actor-Partner Interdependence Model* (APIM : Kenny, Kashy, & Cook, 2006) qui permet à la fois d'évaluer la contribution de l'attachement d'un individu pour comprendre sa propre satisfaction conjugale (effet de type acteur) et d'évaluer la contribution de l'attachement de l'individu pour comprendre la satisfaction conjugale de son/sa partenaire (effet de type partenaire). Soulignant la pertinence d'un modèle dyadique pour comprendre la satisfaction conjugale des couples infertiles, une étude menée à partir d'un échantillon de 385 couples vivant une infertilité primaire (c.-à-d., qu'ils n'ont pas conçu d'enfant par le passé) suivis en PMA a révélé que la détresse psychologique des femmes était corrélée à l'anxiété d'abandon de leur partenaire alors que la détresse psychologique des hommes était corrélée avec l'évitement de l'intimité de leur partenaire (Donarelli et al., 2012). Bien que ces auteurs n'aient pas étudié la satisfaction conjugale, leurs résultats suggèrent que les insécurités d'attachement présentent des liens significatifs avec des variables de détresse chez le ou la partenaire dès les premières étapes des traitements en fertilité, ce qui appuie la pertinence d'examiner ces liens de façon dyadique.

Plusieurs études ont démontré l'importance de l'attachement amoureux dans la compréhension de la satisfaction conjugale (Feeney, 2016; Mikulincer & Shaver, 2016). Or, plusieurs chercheurs affirment que les variables de fonctionnement de la relation – ou processus adaptatifs – sont les prédicteurs les plus importants de la satisfaction (Byers, 2005; Caron, Lafontaine, Bureau, Levesque, & Johnson, 2012; Owen, Rhoades, & Stanley, 2013). Selon Collins, Cooper, Albino et Allard (2002), de nombreux mécanismes

permettraient d'expliquer les liens entre l'attachement et la satisfaction conjugale d'un individu et celle de son/sa partenaire, dont les stratégies d'adaptation (Mikulincer & Shaver, 2016). Afin de comprendre les mécanismes par lesquels l'attachement amoureux peut être lié à la satisfaction conjugale des couples en PMA, cette thèse étudie plus précisément les stratégies d'adaptation dyadiques (SAD).

Stratégies d'adaptation

Il existe plusieurs modèles théoriques des stratégies d'adaptation. Dans cette section, deux modèles principaux sont présentés soit les stratégies d'adaptation individuelles de Lazarus et Folkman suivies des SAD de Bodenmann. Ces stratégies d'adaptation sont ensuite mises en lien avec les variables de l'attachement puis de la satisfaction conjugale. Enfin, un concept présentant des similitudes importantes avec les SAD est présenté, soit le soutien conjugal.

Stratégies d'adaptation individuelles

Parmi les modèles théoriques portant sur les stratégies d'adaptation, le modèle des stratégies d'adaptation individuelles de Lazarus et Folkman (1984) est l'un des plus importants et des plus utilisés dans les recherches en infertilité (Péloquin & Lafontaine, 2010). Selon ce modèle, l'adaptation individuelle à une situation stressante dépend de la perception subjective du stress associé à la situation ainsi que des stratégies d'adaptation déployées par la personne pour gérer la situation. Ces stratégies d'adaptation ont deux principales fonctions, soit la gestion de la source de stress ou la gestion des émotions

reliées à la situation. Lazarus et Folkman distinguent les stratégies d'adaptation selon trois catégories, dont les deux premières sont les stratégies centrées sur le problème (p. ex., planification, résolution du problème) et les stratégies centrées sur les émotions (p. ex., cacher ses émotions, ruminer sur le problème, rechercher du soutien). Les stratégies d'adaptation peuvent être négatives ou positives et celles-ci peuvent être centrées sur le problème ou sur les émotions. Les stratégies d'évitement et le déni (p. ex., se distraire, surinvestir le sport ou le travail, fuir ce qui rappelle le problème) ont par la suite été ajoutées à ce modèle (Pearlin & Schooler, 1978; Endler & Parker, 1990).

Quelques études ont examiné la pertinence de ces stratégies pour mieux comprendre la satisfaction conjugale chez les couples en traitement de fertilité. Par exemple, une étude dyadique menée auprès de 46 couples suivis en clinique de fertilité a révélé qu'une grande utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur le problème tant chez l'homme que la femme est liée à une satisfaction conjugale plus élevée chez la femme (Levin, Sher, & Theodos, 1997). De plus, une faible utilisation par l'homme et une grande utilisation par la femme de stratégies centrées sur les émotions sont liées à une meilleure satisfaction conjugale chez la femme. Selon une étude dyadique effectuée auprès de 420 couples (Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006) et une autre étude auprès de 1406 couples suivis en traitement de fertilité (Peterson et al., 2009), une grande utilisation de stratégies de distanciation et d'évitement chez l'homme et une faible utilisation de ces stratégies chez la femme sont liées à une satisfaction conjugale plus faible chez la femme.

Lorsque deux partenaires décident de fonder une famille, ils doivent traverser ensemble les différentes étapes de ce projet commun. Le stress engendré par le contexte d'infertilité est donc partagé par les deux partenaires du couple qui doivent s'adapter ensemble à cette réalité (Bermingham, 2011; Péloquin & Lafontaine, 2010). Selon cette perspective, il s'avère pertinent d'observer de quelle façon le couple s'adapte ensemble aux différents stressors liés au contexte d'infertilité au-delà des stratégies individuelles employées par chaque partenaire (Péloquin & Lafontaine, 2010). C'est pourquoi la présente recherche utilise un modèle dyadique de gestion du stress, la théorie systémique-transactionnelle proposée par Bodenmann (1997, 2005).

Stratégies d'adaptation dyadique (SAD)

Le modèle des stratégies dyadiques de gestion du stress de Bodenmann (2005) est basé sur le modèle de Lazarus et Folkman (1984), mais a été adapté au système du couple. Selon Bodenmann, l'adaptation dyadique est un processus de communication et de gestion du stress entre les partenaires d'un couple. L'un des partenaires évalue le stress et le communique à son/sa partenaire. L'autre partenaire interprète les informations reçues et y répond en utilisant des stratégies d'adaptation au stress, positives ou négatives, et ce, dans le but de réduire le stress perçu chez son/sa partenaire. Il existe différentes formes de SAD soit les SAD communes, les SAD perçues par le partenaire (c.-à-d., ce qu'un individu perçoit que son partenaire fait pour l'aider en contexte de stress) et les SAD à soi (c.-à-d., ce que l'individu perçoit faire pour aider son/son partenaire en contexte de stress). Dans cette thèse, seules les SAD à soi sont étudiées.

Bodenmann (2005) précise que les stratégies dyadiques de gestion du stress peuvent être négatives ou positives. Parmi les stratégies négatives, trois catégories sont proposées. Les stratégies *hostiles* correspondent à du soutien combiné à du sarcasme, un désintérêt clair, une prise de distance ou une banalisation du stress de son/sa partenaire. Les stratégies *ambivalentes* correspondent à du soutien donné à contrecœur, de façon provisoire ou avec regret. Enfin, les stratégies *superficielles* correspondent à du soutien du partenaire sans véritable intérêt, préoccupation pour l'autre ou empathie.

Le modèle de Bodenmann (2005) énonce également trois stratégies positives. Les stratégies de *soutien* correspondent à une aide offerte à son/sa partenaire afin de mieux gérer la situation associée au stress (p. ex., compréhension empathique, preuve de solidarité). Les stratégies de *délégation* sont les stratégies utilisées lorsque l'individu prend en charge certaines responsabilités de son/sa partenaire afin de faciliter l'adaptation de celui-ci. Enfin, les stratégies *communes* correspondent aux stratégies où les deux membres de la dyade vivent du stress et doivent fournir un effort mutuel d'adaptation en vue de réduire leur stress (p. ex., partage de ses sentiments, relaxation en dyade).

Selon les études recensées, très peu ont examiné les stratégies dyadiques de gestion du stress dans le contexte particulier de l'infertilité. La méta-analyse de Falconier, Jackson, Hilpert et Bodenmann (2015) portant sur les individus de la population générale révèle un lien stable entre les stratégies dyadiques de gestion du stress et la satisfaction

conjugale des deux partenaires. Certaines études ont révélé que les stratégies dyadiques globales de gestion du stress sont un meilleur prédicteur de la satisfaction conjugale que les stratégies individuelles (Bodenmann, 2005; Herzberg, 2013). Les SAD seraient donc un mécanisme pertinent à l'étude de la satisfaction conjugale chez les couples en démarche de PMA. Plus récemment, Chaves, Canavarro et Moura-Ramos (2018) ont étudié les SAD auprès de 67 couples en contexte d'infertilité. L'étude a montré que les SAD positives chez l'homme sont positivement liées à sa propre satisfaction conjugale. Or, l'étude de Chaves et ses collègues (2018) n'a pas examiné les liens dyadiques à l'aide d'analyses APIM entre les stratégies d'adaptation dyadiques et la satisfaction conjugale, ce qui est examiné dans la présente étude.

Attachement et stratégies d'adaptation. Les différences individuelles en termes d'attachement contribuent à la façon de s'adapter face aux stressseurs (Holmberg, Lomore, Takacs, & Price, 2011; Mikulincer & Shaver, 2016). En effet, un stress chronique, tel que l'infertilité et ses traitements, peut activer les perceptions de menace et engendrer la mise en place des stratégies de régulation de la détresse (Simpson & Rholes, 1994). De manière générale, des études ont révélé que les individus ayant un attachement sécurisant utilisent davantage de stratégies de résolution de problèmes (centrées sur le problème) que les individus ayant des insécurités d'attachement (p. ex., Bazzarian & Besharat, 2012; Deniz & Isik, 2010). Au contraire, d'autres études n'observent pas de différence concernant l'utilisation de stratégies centrées sur le problème en fonction de la présence ou non d'insécurités d'attachement (p. ex., Mikulincer & Florian, 1995). Plusieurs études ont

établi un lien entre l'anxiété d'abandon et les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions comme la rumination et le blâme personnel (p. ex., Caldwell & Shaver, 2012; Chung, 2014; Olivera & Costa, 2009). D'autres études ont aussi observé des liens entre l'évitement de l'intimité et des stratégies d'adaptation d'évitement comme le déni, la diversion et le désengagement cognitif ou comportemental (p. ex., Holmberg, Lomore, Takacs, & Price, 2011; Marshall, Serran, & Cortoni, 2000; Shapiro & Levendosky, 1999).

À ce jour, une seule étude publiée a examiné le lien entre l'attachement et les stratégies d'adaptation en contexte d'infertilité. L'étude de Bayley et ses collègues (2009) menée auprès de 98 femmes et de 64 hommes en attente d'une première rencontre en clinique de fertilité a montré que le degré d'anxiété d'abandon est positivement lié aux stratégies individuelles d'évitement et de blâme personnel chez les hommes et les femmes et est lié au faible bien-être des femmes via les stratégies d'utilisation du blâme personnel et de l'évitement. Or, l'étude de Bayley et al. (2009) a étudié les stratégies d'adaptation individuelles et le bien-être individuel plutôt que les stratégies *dyadiques* de gestion du stress et la satisfaction conjugale. De plus, l'étude de Bayley et ses collègues n'a pas examiné les liens dyadiques entre l'attachement, les stratégies d'adaptation d'un individu et la satisfaction conjugale de son partenaire, ce qui est examiné dans la présente étude.

Attachement, adaptation dyadique et satisfaction conjugale

Selon la revue des écrits de Mikulincer et Shaver (2016), les résultats de quelques chercheurs révèlent que les stratégies d'adaptation inadaptées agissent comme variable

médiatrice du lien entre les insécurités d'attachement et l'insatisfaction conjugale chez les adultes de la population générale. Lussier, Sabourin et Turgeon (1997) ont observé chez 263 couples mariés ou en cohabitation que l'évitement de l'intimité est lié à la faible satisfaction conjugale par le biais des stratégies d'adaptation individuelles inadaptées (stratégies d'évitement). L'étude de Berant, Mikulincer et Florian (2003), effectuée auprès de 85 mères ayant un nouveau-né atteint d'une maladie coronarienne congénitale (stress chronique), a révélé que le lien négatif entre l'évitement de la mère et sa satisfaction conjugale est expliqué par ses propres stratégies d'adaptation individuelles centrées sur les émotions, mais pas par ses stratégies d'adaptation centrées sur le problème ou de distanciation ni par la recherche de soutien conjugal. Enfin, Fuenfhausen et Cashwell (2013) ont observé une médiation partielle dans la relation entre les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale par l'adaptation dyadique auprès d'un échantillon de 191 étudiants mariés (Fuenfhausen & Cashwell). Ces études soutiennent que les deux types d'insécurités d'attachement (évitement et anxiété) sont liés à l'utilisation de stratégies individuelles ou dyadiques plus inadaptées (p. ex., stratégies d'adaptation négatives centrées sur les émotions), ce qui par la suite est lié à une faible satisfaction conjugale.

À ce jour, peu d'études dyadiques mettant en lien l'attachement, les stratégies d'adaptation (individuelles ou dyadiques) et la satisfaction conjugale ont été menées en contexte d'infertilité. De plus, les stratégies dyadiques de gestion du stress ont peu été mises en lien avec l'attachement, mais davantage avec un concept connexe, le *caregiving*

(ou système de soutien) envers le partenaire en détresse, qui lui a pour sa part fait l'objet de plusieurs études pertinentes pouvant appuyer les liens possibles entre l'attachement et les stratégies dyadiques de gestion du stress. Les articles répertoriés mesurent la réponse d'un individu percevant le stress de son/sa partenaire, un concept similaire aux SAD à soi.

Le système de soutien. En complément au système d'attachement, le système de soutien (ou *caregiving*) apporte réconfort, réassurance et soutien, c'est-à-dire qu'il répond aux besoins d'attachement, réduit la détresse et rétablit le sentiment de sécurité du partenaire (Collins, Ford, Guichard, & Feeney, 2006). Ce système s'active chez l'individu qui perçoit de la détresse chez son/sa partenaire. La capacité des individus à répondre aux besoins d'attachement de leur partenaire ou à leur apporter du soutien diffère d'un individu à l'autre, en partie en raison de leur propre système d'attachement (Collins et al., 2006). En effet, apporter une réponse de soutien sensible et appropriée au partenaire n'est possible que lorsque les besoins d'attachement de l'individu sont suffisamment comblés. Or, les individus ayant un système d'attachement activé de façon temporaire ou chronique sont davantage centrés sur leurs propres besoins (Collins et al.). Par crainte d'être placés en situation de vulnérabilité, les individus dont l'attachement est marqué par l'évitement de l'intimité disent émettre moins de soutien et font preuve de moins de sensibilité envers leur partenaire (Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1996; Collins et al.). Comme ils sont souvent envahis et centrés sur leurs propres besoins d'attachement, les individus dont l'attachement est marqué par l'anxiété d'abandon disent également émettre moins de

soutien (Karantzas, Feeney, Goncalves, & McCabe, 2014) ou émettre du soutien peu ajusté aux besoins réels de l'autre, soit de façon insistante ou envahissante (Collins et al.).

Des études empiriques soutiennent le rôle médiateur du soutien conjugal dans le lien unissant l'attachement et la satisfaction conjugale. Une étude empirique appuie la théorie selon laquelle les insécurités d'attachement prédisent un faible niveau de soutien du partenaire, lequel est relié à l'insatisfaction conjugale (Karantzas et al., 2014). Carnelley, Pietromonaco et Jaffe (1996) ont observé que les insécurités d'attachement sont corrélées à un plus faible soutien mutuel dans le couple (*caregiving*). De plus, l'attachement de l'individu et de son/sa partenaire ainsi que le soutien apporté au sein de la relation sont corrélés à la satisfaction conjugale. Une autre étude rapporte que la sécurité d'attachement et de faibles niveaux d'insécurité d'attachement sont liés au soutien apporté entre les partenaires, les insécurités d'attachement et un faible degré de soutien apporté étant associés à une plus faible satisfaction conjugale (Feeney, 1996). Une dernière étude menée auprès de 272 couples de la population générale (Brassard et al., soumis) a révélé que l'anxiété d'abandon est liée directement à une satisfaction conjugale plus faible chez les deux partenaires et indirectement, pour la femme, via la perception d'un soutien émis plus faible. L'évitement de l'intimité est lié indirectement à une satisfaction conjugale plus faible des deux partenaires via une perception de soutien émis plus faible (Brassard et al.). Il est donc possible que les SAD, au même titre que le soutien conjugal, agissent comme médiateur du lien entre les insécurités d'attachement et l'insatisfaction conjugale.

Limites des études précédentes

Selon les études en infertilité répertoriées, la plupart des chercheurs ayant étudié les stratégies d'adaptation ont utilisé l'individu comme unité d'analyse (Greil, 1997; Jordan & Revenson, 1999) malgré la recommandation d'étudier les deux partenaires vivant un stress partagé (Péloquin & Lafontaine, 2010). L'étude des deux membres du couple permet d'utiliser le *Actor-Partner Interdependence Model* (Kenny et al., 2006), un modèle considérant à la fois les effets de type acteur (p. ex., lien entre l'insécurité d'attachement d'un partenaire et ses propres SAD) et partenaire (p. ex., lien entre les SAD d'un individu et la satisfaction conjugale de l'autre partenaire). En contexte d'infertilité, peu d'études ont exploré le rôle de l'attachement (Bayley et al., 2009) et des stratégies d'adaptation d'un individu sur la satisfaction conjugale de l'autre partenaire (Peterson, Pirritano, Christensen, & Schmidt, 2008). Les études qui portent sur l'attachement, les stratégies d'adaptation et la satisfaction conjugale des couples de la population générale ont aussi des limites, dont la méconnaissance de ces liens en contexte de stress réel. Enfin, les mécanismes explicatifs du lien attachement – satisfaction conjugale sont de plus en plus étudiés (Mikulincer & Shaver, 2016), mais très peu en contexte de stress comme l'infertilité.

Objectifs et hypothèses

Cette recherche porte sur deux facteurs explicatifs de la satisfaction conjugale des couples en contexte d'infertilité, soient les insécurités d'attachement et les stratégies dyadiques de gestion du stress. Plus précisément, l'étude vise à examiner si les stratégies

dyadiques de gestion du stress déployées par un individu pour aider son/sa partenaire quand celui-ci vit du stress (SAD à soi) permettent d'expliquer les liens entre les insécurités d'attachement de chaque partenaire et leur degré de satisfaction conjugale. La première hypothèse suggère que les insécurités d'attachement (anxiété, évitement) chez un membre du couple seront liées à une utilisation de SAD négatives plus élevée (liens positifs) et à une utilisation de SAD positives moins élevée (liens négatifs) chez ce même individu (effet acteur). La seconde hypothèse propose qu'une utilisation de SAD à soi positives plus élevée (lien positif) et une utilisation de SAD négatives moins élevée (lien négatif) d'un membre du couple seront liées à une satisfaction conjugale plus élevée chez les deux partenaires (effets acteurs et partenaires). Enfin, la question de recherche porte sur l'examen du rôle médiateur des SAD à soi (positives et négatives) dans les liens unissant les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale des couples en démarche de PMA. Les différences de sexe/genre dans l'ensemble de ces liens (acteur, partenaire, médiation) seront aussi examinées, mais aucune hypothèse n'est formulée.

Méthode

Cette section présente les participants, le déroulement de la cueillette de données, les instruments de mesure et les considérations éthiques. Précisément, il s'agit du processus de recrutement des participants, de leurs caractéristiques principales, des instruments de mesures utilisés et leurs propriétés psychométriques, suivi des considérations éthiques propres à cette étude.

Participants

L'échantillon de la présente étude comprend 97 couples consultant un service de PMA au Québec ayant accepté de participer à l'étude plus vaste dans laquelle s'inscrit la présente étude. Les critères de sélection suivants ont été appliqués pour la participation à l'étude : être âgés de 18 ans et plus, être en relation de couple hétérosexuelle, être présentement suivi en clinique de fertilité, avoir la participation des deux partenaires, ne jamais avoir conçu d'enfant auparavant (infertilité primaire) et avoir une bonne compréhension orale et écrite du français ou de l'anglais.

Dans l'échantillon, la moyenne d'âge est 30,70 ans ($ET = 3,99$) pour les femmes et de 32,82 ans ($ET = 4,71$) ans pour les hommes. L'âge varie entre 23 et 47 ans. Sur le plan conjugal, 55,7 % des couples vivent en union de fait, 41,2 % sont mariés et 3,1 % n'ont pas précisé leur statut. La durée moyenne de leur relation est de 6,71 ans ($ET = 4,86$).

Dans l'échantillon, 3,1 % des individus n'ont pas complété leur diplôme d'études secondaires, 11,3 % ont un diplôme d'études secondaire ou professionnelles, 16,5 % ont un diplôme d'études collégiales, 30,9 % ont un baccalauréat, 14,4 % ont une maîtrise, 7,2 % ont un doctorat, 4,1 % un post-doctorat, 9,3 % ont un autre type de diplôme et 3,1 % n'ont pas spécifié leur dernier niveau de scolarité (Voir Tableau 1 pour les pourcentages selon le sexe). Au niveau de l'emploi, 89,4 % des individus occupent un emploi rémunéré dont 83,0 % ont un emploi à temps complet et 6,4 % ont un emploi à temps partiel. Le revenu personnel médian se situe dans l'intervalle 30 000-49 999\$. Enfin, 81,4 % des individus sont francophones, 12,4 % anglophones, 3,1 % rapporte parler une autre langue maternelle et 3,1 % des répondants n'ont pas spécifié leur langue maternelle.

Sur le plan de la fertilité, la durée moyenne des difficultés à concevoir est de 3,53 ans ($\acute{E}T = 2,92$) et varie de moins d'un an à plus de 20 ans. La durée du suivi en clinique de fertilité est en moyenne de 1,67 ans ($\acute{E}T = 1,48$) et varie de moins d'un an à 8 ans. Les causes de l'infertilité sont de nature féminine dans 33,8 % des cas, de nature masculine dans 26,5 % des cas, de nature féminine et masculine combinée dans 17,6 % des cas et de nature inexpliquée dans 22,1% des cas. De plus, 23,4 % des femmes de l'échantillon ont dit avoir déjà vécu une grossesse qui n'a pas été menée à terme.

Tableau 1

Pourcentage pour les hommes et les femmes du plus haut degré de scolarité, du statut d'emploi, du revenu et de la langue maternelle

Variables	Pourcentage	
	Homme	Femme
Plus haut degré de scolarité		
Diplôme d'études secondaires non complété	4,1	3,1
Diplôme d'études secondaires ou cours professionnel	22,7	11,3
Diplôme d'études collégiales	16,5	16,5
Baccalauréat	25,8	30,9
Maîtrise	11,3	14,4
Doctorat	3,1	7,2
Post-doctorat	2,1	4,1
Autre diplôme	5,2	9,3
Non spécifié	9,3	3,1
Emploi rémunéré		
Temps plein	88,8	80,4
Temps partiel	2,2	6,2
Revenu personnel		
Moins de 15 000 \$	2,1	4,1
15 000-29 999 \$	9,3	15,50
30 000-49 999 \$	23,7	28,9
50 000-69 999 \$	25,8	23,7
70 000-89 999 \$	15,5	16,5
90 000-109 999 \$	9,3	4,1
110 000-149 999 \$	2,1	1,0
150 000\$ et plus	3,1	3,1
Non spécifié	9,3	3,1
Langue maternelle		
Francophone	78,4	81,4
Anglophone	9,3	12,4
Autres	4,1	3,1
Non spécifié	8,2	3,1

Déroulement

Le recrutement a été effectué auprès des couples québécois consultant un service de PMA au Québec. Des dépliants descriptifs étaient disponibles dans les salles d'attente des cliniques partenaires (CHUS, CHUQ, Procréa Fertilité, Fertily), des CISSS et CIUSSS de la province, ainsi que des publicités sur Facebook et les sites web d'associations en infertilité (p. ex., Association Infertilité Québec; Association canadienne de sensibilisation à l'infertilité). Un formulaire d'information et de consentement (voir Appendice A) et des questionnaires ont été remis aux intéressés, en format papier (à être retournés par la poste) ou via la plateforme web sécurisée *Qualtrics Research Suite* selon leur préférence. Les partenaires devaient remplir les questionnaires séparément. Les couples ont reçu un chèque de 20 \$ pour leur participation à l'étude. Quatre des douze questionnaires remplis par les participants sont utilisés pour la présente étude.

Instruments

Questionnaire socio-démographique

Le questionnaire sociodémographique (voir Appendice B) évalue l'âge, le sexe, la langue, le pays de naissance, la scolarité, l'occupation et le revenu personnel. Des questions plus spécifiques recueillent de l'information sur certains aspects liés à l'infertilité, tels que la durée des difficultés à concevoir, la durée du suivi en clinique de fertilité, les diagnostics reçus, les traitements reçus, la médication, les grossesses antérieures, ainsi que des aspects liés à la relation de couple tels que le statut conjugal, la durée de la relation et de la cohabitation.

Attachement amoureux

L'attachement amoureux est évalué à l'aide de la version française abrégée en 12 items du *Experiences in Close Relationships* (ECR-12 : Lafontaine et al., 2016). Six items permettent de calculer le score moyen d'anxiété d'abandon ($\alpha = 0,78-0,87$) alors que les six autres permettent de calculer le score moyen d'évitement de l'intimité ($\alpha = 0,74-0,83$). Les items (p. ex., Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e)) sont évalués à l'aide d'une échelle de type Likert en sept points allant de 1 « fortement en désaccord » à 7 « fortement en accord ». Un score moyen élevé indique une anxiété d'abandon ou un évitement élevé (score variant de 1 à 7). Dans le présent échantillon, l'alpha de Cronbach chez les femmes est de 0,87 pour l'anxiété d'abandon et pour l'évitement de l'intimité alors que chez les hommes, ils sont respectivement de 0,85 et 0,87. La validité de critère a été démontrée par des liens significatifs avec des mesures de détresse psychologique et de satisfaction conjugale et la validité factorielle a été démontrée auprès d'échantillons cliniques et auprès d'échantillons de la population générale et clinique (Lafontaine et al.).

Stratégies d'adaptation dyadique (SAD)

Les SAD sont évaluées à partir de l'Inventaire des stratégies d'adaptation dyadique (ISAD), la traduction française du *Dyadic Coping Inventory* (DCI; Bodenmann, 2008; traduction par Ledermann et al., 2010). L'ISAD est constitué de 37 items (p. ex., Je blâme mon/ma partenaire de ne pas bien s'adapter au stress) évaluant à quel point les partenaires utilisent des comportements de communication liée au stress et des stratégies dyadiques de gestion du stress telles que des stratégies négatives et positives. Dans le cadre de cette

thèse, seules les stratégies employées par soi sont utilisées, bien qu'il soit aussi possible de mesurer les stratégies utilisées par le partenaire pour soutenir l'individu. Les items sont évalués à l'aide d'une échelle en cinq points allant de 1 « très rarement » à 5 « très souvent ». Le score de stratégies d'adaptation dyadique positives (SADP) est formé de la somme des 19 items des stratégies communes, de soutien et de délégation, tandis que le score de stratégies d'adaptation dyadique négatives (SADN) est formé de la somme des 8 items des stratégies ambivalentes, hostiles et superficielles. Un score élevé à une sous-échelle indique que ce type de stratégie est fréquemment utilisé. L'ISAD montre une bonne validité prédictive de la satisfaction conjugale (Bodenmann, 2005) et une fidélité acceptable pour les sous-échelles permettant d'obtenir le score total de SADP (stratégies d'adaptation (SA) soutenantes; $\alpha = 0,82$, SA de délégation; $\alpha = 0,89$, SA communes $\alpha = 0,76$) et SADN ($\alpha = 0,53$; Ledermann et al., 2010). Dans la présente étude, la fidélité est adéquate pour les SADP des femmes ($\alpha = 0,81$) et des hommes ($\alpha = 0,82$) et pour les SADN des femmes ($\alpha = 0,78$) et des hommes ($\alpha = 0,68$).

Satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est évaluée à partir de l'*Échelle d'ajustement dyadique brève* (DAS-4; Sabourin et al., 2005), une version française abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976) évaluant la satisfaction envers la relation. Le DAS-4 est constitué de la somme de quatre items (p. ex., De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?) évalués à l'aide d'échelles de type Likert de six et sept points. Un score élevé indique une satisfaction conjugale élevée (score

varie de 0 à 21). L'échelle fournit une mesure continue de satisfaction conjugale et permet de catégoriser les individus selon qu'ils présentent une détresse conjugale significative ou non (point de rupture de 13; Sabourin et al., 2005). Le DAS-4 est un outil bref, moins lié à la désirabilité sociale que l'original (Sabourin et al.) et a une bonne cohérence interne pour les femmes ($\alpha = 0,89$) et les hommes ($\alpha = 0,78$). Dans le présent échantillon, les coefficients alpha sont de 0,76 chez les femmes et de 0,70 chez les hommes.

Considérations éthiques

L'étude plus vaste dans laquelle s'inscrit ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal et des Comité d'éthique du CIUSS de l'Estrie-CHUS, du CHUQ et de PROCREA Fertilité. Les participants potentiels ont reçu de l'information concernant l'objectif de l'étude et la nature de leur participation par des dépliants explicatifs (voir Appendice C). Puis, ils ont pris connaissance de la nature de l'étude, des modalités de respect de la confidentialité et de leur droit de retrait dans le formulaire de consentement (voir Appendice A). Les bénéfices de l'étude sont l'avancement des connaissances et l'identification des besoins en matière de soutien psychologique auprès des patients en clinique de fertilité alors que les risques liés à l'étude, jugés inférieurs au risque minimal, sont la fatigue, un inconfort possible à aborder certaines questions et la détresse pouvant être générée par certaines questions. Compte tenu de la détresse vécue par cette population, les participants ont tous reçu une liste de ressources psychologiques s'ils désirent consulter. Afin de respecter la confidentialité des données, les membres des couples sont appariés au moyen d'un code alphanumérique.

Résultats

Dans cette section, il est d'abord question des analyses préliminaires, soit les analyses descriptives, la vérification du respect des postulats, les corrélations préliminaires entre les variables, ainsi que l'examen des variables de contrôle. Puis, les analyses principales permettant de tester les hypothèses sont présentées.

Analyses préliminaires

Avant de procéder aux analyses, les données manquantes ont été examinées afin de s'assurer de limiter leur impact, les objectifs de cette étude nécessitant la participation des deux partenaires. Une imputation simple utilisant l'algorithme de maximisation des estimations (EM) dans SPSS25 a été effectuée pour les 20 couples dont les données d'un seul partenaire étaient disponibles sur l'une ou l'autre des variables à l'étude.

Des statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire les variables à l'étude et vérifier les postulats des analyses. Le Tableau 2 présente les moyennes, les écarts-types et les indices d'aplatissement et d'asymétrie des variables étudiées. En moyenne, les partenaires sont satisfaits de leur relation de couple, leurs scores moyens se situant nettement au-dessus du seuil clinique du DAS-4. En effet, seuls 8,6 % des femmes et 9,1 % des hommes ont un score de satisfaction conjugale sous le seuil clinique de 13. Chez les femmes, le score moyen d'anxiété d'abandon est relativement élevé et celui de

l'évitement de l'intimité est faible. Chez les hommes, le score moyen d'anxiété d'abandon est relativement faible et celui de l'évitement de l'intimité est faible. De plus, pour les hommes et les femmes, le score moyen des stratégies d'adaptation positives est élevé alors que celui des stratégies d'adaptation négatives est relativement faible. La plupart des variables sont normalement distribuées, à l'exception de l'évitement de l'intimité de la femme (voir Tableau 2). Cette variable n'a pas été transformée étant donné l'utilisation de la technique de rééchantillonnage lors de l'analyse acheminatoire (décrite plus loin) permettant de contrer les écarts à la normalité.

Des analyses préliminaires de corrélations de Pearson ont été menées entre les variables à l'étude pour les deux partenaires. Les résultats, présentés au Tableau 3, révèlent que pour les femmes et les hommes, l'évitement de l'intimité est associé à l'utilisation de moins de stratégies d'adaptation positives et plus de stratégies négatives alors que l'anxiété d'abandon est seulement associée à l'utilisation moindre de stratégies d'adaptation positives. Pour les femmes et les hommes, une plus grande utilisation de stratégies d'adaptation positives est associée à une satisfaction conjugale plus élevée alors qu'une utilisation élevée de stratégies d'adaptation négatives est associée à une plus faible satisfaction conjugale. Enfin, sur le plan de l'attachement, seul l'évitement de l'intimité de la femme est lié à l'évitement de l'homme, cette corrélation sera donc considérée dans les analyses principales (analyses acheminatoires).

Tableau 2

Moyennes, écart-types, asymétrie et aplatissement des variables étudiées chez les femmes et les hommes

	Variables				
	Anxiété d'abandon	Évitement de l'intimité	SADP	SADN	Satisfaction conjugale
Femmes					
Moyenne	4,14	2,32	3,78	1,66	16,54
Écart-type	1,50	1,05	0,58	0,71	2,84
Asymétrie	-0,139	1,146	-0,484	0,959	-0,831
Aplatissement	-0,802	1,724	0,487	-0,141	0,498
Hommes					
Moyenne	3,04	2,51	3,95	1,87	16,11
Écart-type	1,26	1,23	0,56	0,70	2,79
Asymétrie	0,410	0,818	0,161	0,415	-0,112
Aplatissement	-0,513	0,753	-0,571	-0,752	-0,368

Note. SADP=SAD positives; SADN= SAD négatives.

Afin d'identifier les variables contrôles potentielles parmi les variables sociodémographiques et les variables liées à l'infertilité, des analyses de corrélation et des analyses de variance multivariée (MANOVAs) ont été effectuées. Les résultats des analyses de corrélations de Pearson sur les variables d'échelle continue (âge, durée des traitements de fertilité) et des MANOVAs sur les variables catégorielles (statut conjugal, occupation, cause de l'infertilité) se sont avérées non significatives ($ps > 0,05$). Ainsi, aucune variable contrôle n'a été identifiée pour les analyses principales.

Tableau 3

Corrélations préliminaires entre les variables à l'étude pour les femmes et les hommes

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Anxiété d'abandon F	1									
2. Évitement de l'intimité F	0,14	1								
3. SADP F	-0,30**	-0,33**	1							
4. SADN F	-0,08	0,28**	-0,11	1						
5. Satisfaction conjugale F	-0,20	-0,42**	0,41**	-0,34**	1					
6. Anxiété d'abandon H	0,09	-0,17	0,01	0,01	-0,19	1				
7. Évitement de l'intimité H	0,12	0,28*	-0,36**	0,09	-0,31**	0,18	1			
8. SADP H	-0,16	-0,06	0,31**	-0,07	0,38**	-0,29**	-0,47**	1		
9. SADN H	0,19	0,15	-0,23*	0,05	-0,22*	0,15	0,42**	-0,37**	1	
10. Satisfaction conjugale H	-0,04	-0,07	0,33**	-0,17	0,53**	-0,37**	-0,49**	0,53**	-0,42**	1

Notes. SADP=SAD positives. SADN= SAD négatives. F = femmes. H = hommes.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Analyses principales

Pour répondre aux hypothèses de recherche, des analyses acheminatoires suivant le Modèle APIM (Kenny et al., 2006) ont été effectuées à l'aide du logiciel AMOS25. Ces analyses permettent d'évaluer de façon simultanée les effets de types acteur et partenaire, en réduisant le nombre d'analyses nécessaires et en contrôlant la non indépendance des données entre les membres d'un même couple (p. ex., le score de satisfaction conjugale de l'homme est corrélé à celui de la femme). Ces analyses permettent de mettre en relation les scores d'attachement d'un individu avec son propre score de SAD (effet acteur) ou celui de son partenaire (effet partenaire) ou encore le score des SAD à son propre score de satisfaction conjugale (effet acteur) ou celui de son partenaire (effet partenaire). Pour évaluer le rôle médiateur des SAD dans les liens entre les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale, le calcul des intervalles de confiance autour des effets indirects a été effectué au moyen de la technique de rééchantillonnage sur 5000 échantillons proposée par Preacher et Hayes (2008). Deux modèles ont été testés séparément, soit le modèle de SADP et le modèle de SADN.

Pour chaque modèle, un test omnibus de distinguabilité des dyades a été effectué au préalable afin de déterminer si les partenaires doivent être distingués selon leur sexe/genre dans l'analyse ou s'ils peuvent être considérés comme les membres non distinguables d'une dyade, signifiant que les effets acteurs et partenaires sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Pour ce faire, les effets acteurs et partenaires ont été contraints afin d'être égaux entre les hommes et les femmes. Le modèle contraint a ensuite

été comparé à un modèle non-contraint à l'aide d'un test de différence du chi-carré. Pour chaque modèle testé, trois indices ont permis de déterminer l'adéquation entre le modèle théorique et les données, soit un test de chi carré non significatif, le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; un indice inférieur à 0,08 suggère un modèle ajusté) et le *Comparative Fit Index* (CFI; une valeur plus grande ou égale à 0,90 suggère une bonne adéquation, mais une valeur plus grande ou égale à 0,95 est préférable; Kline, 2015).

Modèle des stratégies d'adaptation négatives

Pour le premier modèle mené sur les stratégies d'adaptation dyadique négatives, le test de distinguabilité des dyades révèle qu'un modèle qui contraint les paramètres à être égaux entre les hommes et les femmes ne se distingue pas significativement d'un modèle sans contrainte ($\Delta\chi^2(16) = 21,77, p = 0,151$), ce qui indique que les effets acteurs et partenaires ne diffèrent pas significativement entre les hommes et les femmes. Ainsi, le modèle contraint, sans différence de genre, a été retenu. De plus, les indices d'ajustement du modèle (voir Figure 2) révèlent que ce modèle s'ajuste bien aux données.

La Figure 2 présente les effets acteurs et partenaires significatifs. Pour les femmes et les hommes, l'évitement de l'intimité de la personne est lié à sa plus grande utilisation des SADN (effet acteur). Donc, peu importe le sexe/genre, plus le score d'évitement de l'intimité est élevé, plus il y a utilisation de SADN. De plus, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon des femmes et des hommes se sont avérés liés négativement à leur propre satisfaction conjugale (effet acteur). Donc, peu importe le sexe/genre, plus le score

d'évitement de l'intimité ou d'anxiété d'abandon est élevé, plus la satisfaction conjugale est faible. Pour les femmes et les hommes, une plus grande utilisation de SADN s'avère liée négativement à leur propre satisfaction conjugale (effet acteur). Donc, peu importe le sexe/genre, plus il y a utilisation de SADN, plus la satisfaction conjugale est faible. Un effet partenaire est aussi observé où l'anxiété d'abandon de l'individu (homme ou femme) s'avère liée à une plus grande utilisation de SADN chez l'autre partenaire.

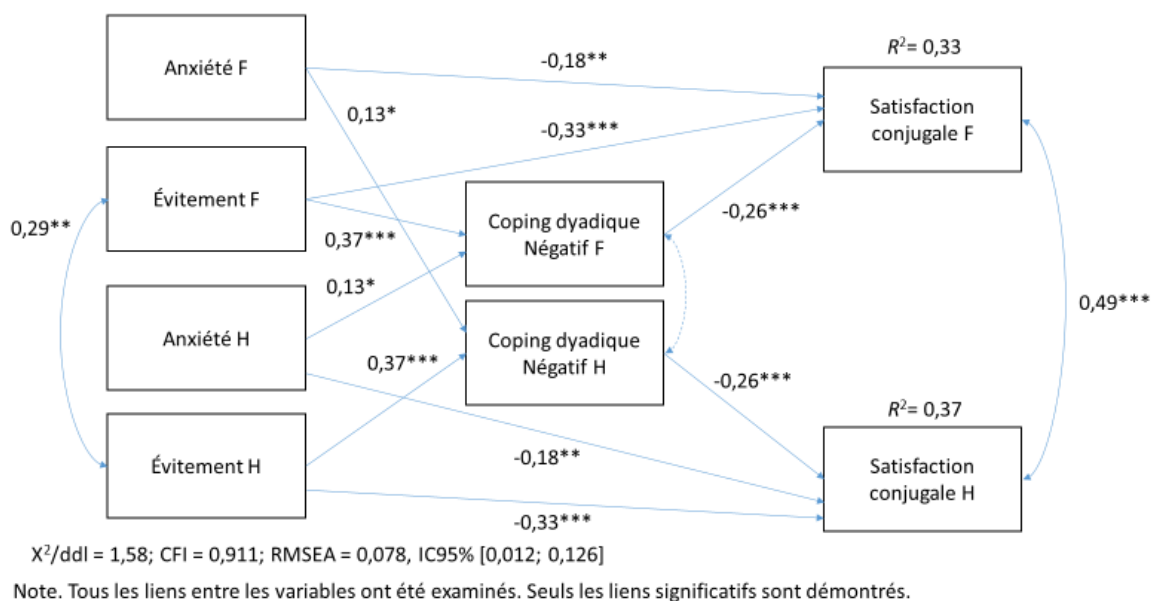


Figure 2. Modèle d'analyses acheminatoires présentant les liens entre les dimensions d'attachement, les stratégies d'adaptation dyadique négatives et la satisfaction conjugale des deux partenaires du couple. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

En ce qui concerne le rôle médiateur des SADN, les analyses des effets indirects révèlent la présence d'un seul effet indirect de l'évitement de l'intimité de l'individu sur sa propre satisfaction conjugale via sa plus grande utilisation des SADN ($B = -0,09$, $ES = 0,03$, $p = 0,003$, IC 90 % [-0,135; -0,044]). Ainsi, pour les femmes comme pour les

hommes, l'évitement de l'intimité est associé à une plus faible satisfaction conjugale par l'entremise d'une plus grande utilisation de SADN.

Modèle des stratégies d'adaptation positives

Pour le second modèle mené sur les stratégies d'adaptation dyadique positives, le test de distinguabilité des dyades révèle que les effets acteurs et partenaires entre les hommes et les femmes diffèrent significativement ($\Delta\chi^2(16) = 29,779, p = 0,019$). Puisque le modèle sans contrainte ne présentait pas un bon ajustement ($\chi^2/ddf = 2,273$; CFI = 0,963; RMSEA = 0,115, IC 90 % [0,017; 0,205], seuls les effets qui ne différaient pas significativement entre les hommes et les femmes ont été contraints à être égaux, alors que ceux qui différaient ont été laissés libres de varier. Ce nouveau modèle partiellement contraint ne diffère pas significativement du modèle sans contrainte ($\Delta\chi^2(7) = 6,270, p = 0,509$), mais présente un meilleur ajustement (voir Figure 3) et est plus parcimonieux.

La Figure 3 présente les effets acteurs et partenaires significatifs. Pour la femme, l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon sont liés négativement à l'utilisation de SADP (effets acteurs). Donc, plus la femme a un score élevé d'évitement de l'intimité ou d'anxiété d'abandon, moins elle utilise de SADP. L'utilisation de SADP par la femme est aussi liée à sa satisfaction conjugale (effet acteur). Donc, plus la femme utilise de SADP, plus sa satisfaction conjugale est élevée. De plus, l'utilisation de SADP par la femme est aussi liée positivement à la satisfaction conjugale de son partenaire (effet partenaire).

L'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon de l'homme sont liés négativement à son utilisation de SADP (effets acteurs). Donc, plus l'homme a un score d'évitement de l'intimité ou d'anxiété d'abandon élevé, moins il utilise de SADP. L'utilisation de SADP par l'homme est aussi liée à sa propre satisfaction conjugale (effet acteur). Donc, plus l'homme utilise de SADP, plus sa satisfaction conjugale est élevée. De façon spécifique à l'homme, son évitement de l'intimité est lié négativement à l'utilisation de SADP chez sa partenaire (effet partenaire). Donc, plus l'homme a un score élevé d'évitement de l'intimité, moins sa partenaire utilise de stratégies d'adaptation positives. De plus, l'utilisation de SADP par l'homme est liée à la satisfaction conjugale chez sa partenaire (effet partenaire). Donc, plus l'homme utilise de stratégies d'adaptation dyadiques positives, plus la satisfaction conjugale de sa partenaire est élevée.

En ce qui concerne le rôle médiateur des SADP, cinq effets indirects se sont avérés significatifs. Pour les femmes et les hommes, l'anxiété d'abandon était associée à une plus faible satisfaction conjugale par l'entremise d'une plus faible utilisation de SADP. En effet, les résultats révèlent la présence d'un effet indirect de l'anxiété de l'homme sur sa satisfaction conjugale via ses propres SADP ($B = -0,063$, $ES = 0,034$, $p = 0,025$, IC 90 % [-0,123; -0,012]), ainsi qu'un effet indirect de l'anxiété de la femme sur sa satisfaction conjugale via ses propres SADP ($B = -0,075$, $ES = 0,040$, $p = 0,025$, IC 90 % [-0,142; -0,015]). De plus, pour les femmes et les hommes, l'évitement de l'intimité était associé à une plus faible satisfaction conjugale via une plus faible utilisation de SADP. Les résultats révèlent donc la présence d'un effet indirect de l'évitement de la femme sur sa satisfaction

conjugale via ses SADP ($B = -0,084$, $ES = 0,030$, $p = 0,012$, IC 90 % $[-0,130; -0,033]$) ainsi qu'un effet indirect de l'évitement de l'homme sur sa satisfaction conjugale via ses SADP ($B = -0,143$, $ES = 0,040$, $p = 0,001$, IC 90 % $[-0,206; -0,077]$). Pour les hommes seulement, l'évitement de l'intimité était associé à une plus faible satisfaction conjugale de sa partenaire par l'entremise d'une plus faible utilisation de ses SADP ainsi que celles de sa partenaire. En effet, les résultats appuient la présence d'un effet indirect de l'évitement de l'homme sur la satisfaction conjugale de sa partenaire via ses propres SADP et celles de sa partenaire ($B = -0,136$, $ES = 0,045$, $p = 0,001$, IC 90 % $[-0,203; -0,058]$).

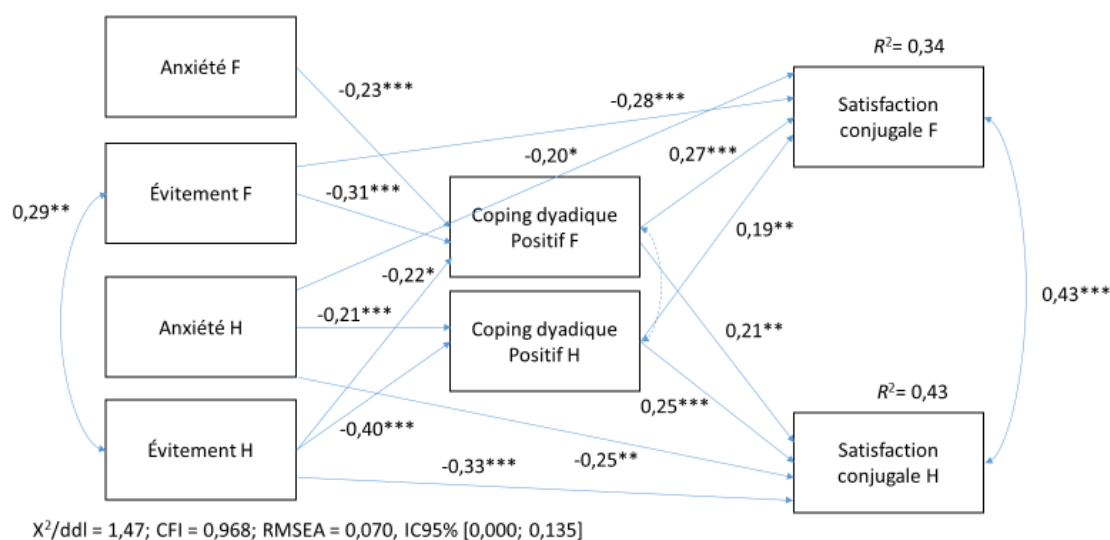


Figure 3. Modèle d'analyses acheminatoires représentant les liens entre les dimensions d'attachement, les stratégies d'adaptation dyadique positives et la satisfaction conjugale des deux partenaires du couple. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Discussion

Cette section propose des explications aux résultats en revenant sur les hypothèses, en proposant des pistes de compréhension et en tissant des liens avec les études antérieures. Puis, les retombées de cette étude pour la recherche et la clinique sont présentées. Enfin, les forces et les limites de cette recherche sont abordées, ainsi que des pistes de recherches futures.

Retour sur les résultats principaux

Insécurités d'attachement et SAD

La première hypothèse de recherche suggérait que les insécurités d'attachement (anxiété, évitement) chez un individu seraient liées à sa plus grande utilisation des SADN (liens positifs) et à sa plus faible utilisation des SADP (liens négatifs; effets acteurs). Les résultats obtenus appuient en partie cette hypothèse.

En effet, les résultats révèlent que l'évitement d'un individu est lié à sa plus grande utilisation de SADN (c.-à-d., sarcasme, banalisation, aide à contrecœur, faible intérêt) et à sa plus faible utilisation de SADP (c.-à-d., compréhension empathique, actions pour décharger l'autre partenaire, efforts communs) envers son/sa partenaire en contexte d'infertilité. Un individu présentant de l'évitement de l'intimité pourrait éviter les stimuli rappelant le contexte d'infertilité à l'intérieur de son couple (p. ex., en craignant d'aborder

les démarches en PMA et leurs conséquences avec son/sa partenaire). Comme cet individu tente de ne pas ressentir sa propre détresse et qu'il doute que les autres puissent répondre adéquatement à ses besoins, il peut alors être moins tenté d'offrir un soutien pour répondre aux besoins de son/sa partenaire, voire être irrité d'avoir à le faire. Ainsi, il sera probablement moins porté à utiliser des SADP et utilisera davantage des SADN, par exemple, en banalisant la situation, en invalidant l'autre partenaire ou en se montrant hostile. Ces résultats sont cohérents avec les recherches empiriques sur l'évitement et le soutien social en contexte général, qui montrent que l'individu évitant au plan de l'attachement rapporte offrir moins de soutien (Davila & Kashy, 2009; Mikulincer & Shaver, 2016). En effet, comme cet individu montre une sensibilité limitée envers les besoins de son/sa partenaire et valorise l'autosuffisance, il peut minimiser les besoins de son/sa partenaire et avoir tendance à se retirer. Ce résultat diffère toutefois de ceux de Bayley et al. (2009), où l'évitement au plan de l'attachement n'était pas lié aux stratégies d'adaptation de type individuelle en contexte d'infertilité. Pour réconcilier nos résultats avec ceux de cette étude, il est possible que les individus qui présentent de l'évitement réagissent et s'adaptent différemment selon la source du stress, soit chez l'individu lui-même (stratégies individuelles) ou chez le/la partenaire (stratégies dyadiques). En effet, le stress ou la détresse ressentie chez le/la partenaire en contexte d'infertilité pourrait être perçu négativement, voire même être vécu comme dérangeant ou envahissant, par la personne évitant l'intimité, justifiant sa tendance à réagir plus négativement face à cette détresse chez l'autre, c'est-à-dire en utilisant moins de SADP et plus de SADN.

Les résultats montrent également que l'anxiété d'abandon de l'individu est liée à sa plus faible utilisation de SADP envers son/sa partenaire (effet acteur), comme la délégation ou le soutien, ce qui corrobore les résultats des études sur l'anxiété d'abandon et le plus faible soutien émis de manière général (Brassard, Lussier, Lafontaine, Péloquin, & Sabourin, 2017; Davis et al., 1998). Un individu anxieux face à l'abandon pourrait tendre davantage à être centré sur sa propre détresse en contexte de PMA et donc être moins porté à utiliser des stratégies positives comme les SADP pour appuyer son/sa partenaire dans ce contexte difficile. Plusieurs études menées auprès de la population générale montrent que bien qu'ils aient le désir d'aider leur partenaire, comme ils se sentent souvent envahis par leur propre détresse et perçoivent avoir peu de ressources personnelles pour y faire face, les individus plus anxieux offrent moins de soutien ou en offrent d'une manière qui ne répond pas adéquatement aux besoins réels de l'autre, voire de manière envahissante (Brassard et al.).

Contrairement à l'hypothèse formulée, les résultats révèlent que l'anxiété d'abandon d'un individu n'est pas liée à sa plus grande utilisation des SADN en contexte d'infertilité. Il est possible qu'un individu anxieux tende à utiliser moins de stratégies dyadiques de façon générale et utilise davantage de stratégies d'adaptation individuelles visant à gérer sa propre détresse. En effet, les individus anxieux rapportent souvent un niveau plus élevé de détresse générale lorsqu'ils vivent une situation de stress (Bayley et al., 2009) et se perçoivent comme peu capables de gérer la situation (Ein-Dor, Mikulincer, & Shaver, 2011; Fraley et al., 2006). En ce sens, ils peuvent moins bien percevoir les

besoins de leur partenaire (Davila & Kashy, 2009), ce qui expliquerait l'absence de lien entre l'anxiété d'abandon et l'utilisation de SADN. Ce résultat se distingue néanmoins de ceux de l'étude de Bayley et al. menée en contexte d'infertilité, qui a montré que l'anxiété d'abandon d'un individu était liée à sa plus grande utilisation de stratégies d'évitement et de blâme personnel (stratégies centrées sur les émotions), des stratégies d'adaptation négatives mais individuelles. Les études liant l'anxiété d'abandon au soutien émis montrent des résultats contradictoires, allant d'un lien négatif significatif avec le soutien social (Davis et al, 1998; Mikulincer et al., 1993) à une absence de lien significatif (Carnelly et al., 1994, Feeney, 1994; Mikulincer & Florian, 1998). Ainsi, à l'instar des contradictions observées dans les études antérieures, les résultats de la présente étude pourraient suggérer que d'autres facteurs pourraient modérer la relation entre l'anxiété d'abandon et l'utilisation de SADN. Il est possible que dans certaines circonstances, l'anxiété soit liée à moins de soutien négatif offert au partenaire alors que dans d'autres circonstances, l'anxiété soit liée à plus de soutien négatif offert au partenaire. À titre d'exemple, le niveau de détresse personnelle des individus anxieux pourrait limiter leur capacité à répondre adéquatement aux besoins de leur partenaire. En effet, il est possible qu'ils utilisent plus de stratégies négatives lorsqu'ils se sentent eux-mêmes envahis par le stress. Des études supplémentaires seront nécessaires pour corroborer cette hypothèse et identifier les modérateurs possibles de ces liens. Il est aussi possible que l'anxiété soit davantage associée à la façon dont l'autre partenaire offrira du soutien à l'individu anxieux en contexte d'infertilité.

En ce sens, deux effets de type partenaire sont également obtenus dans la présente étude : (1) l'anxiété d'abandon de l'individu est liée à la plus grande utilisation de SADN chez son/sa partenaire et (2) l'évitement de l'intimité de l'homme seulement est lié à la plus faible utilisation de SADP chez sa partenaire. Les stratégies d'hyperactivation de l'individu anxieux (p. ex., hypervigilance face aux indices de menaces liés à la relation, plus grande sensibilité à la distance du partenaire, intensification des demandes d'aide et de réassurance) peuvent amener celui-ci à être très demandant envers son/sa partenaire, qui pourrait en retour percevoir la détresse et les besoins de l'individu anxieux comme exagérés et ainsi utiliser des stratégies plus négatives comme minimiser la détresse de l'autre ou l'aider à contrecœur. Par ailleurs, l'infertilité et l'incapacité à concevoir via les traitements de PMA pourraient exacerber la détresse et le besoin d'être rassuré chez les individus plus anxieux. Le besoin de réassurance et la détresse exprimés de façon régulière pourraient être plus lourds à porter pour le partenaire, qui vit possiblement lui aussi de la détresse en lien avec l'infertilité. Cela pourrait aussi expliquer l'utilisation de stratégies dyadiques plus négatives. Selon des études dyadiques, le partenaire d'un individu anxieux rapporte recevoir une grande quantité de demande de soutien, perçoit offrir beaucoup de soutien et se perçoit moins empathique probablement en raison des demandes du partenaire perçues comme excessives (Brassard et al., 2017).

Concernant l'effet partenaire de l'évitement de l'homme en lien avec les SADP de la femme, il est possible que l'homme évitant au plan de l'attachement puisse être perçu comme plus détaché du processus de fertilité ou moins affecté émotionnellement par sa

conjointe, particulièrement dans le contexte où c'est la femme qui doit subir la majorité des procédures médicales et traitements de fertilité. La femme, qui vit sa propre détresse (Slade et al., 2007) et qui doit subir des traitements souvent invasifs, pourrait être moins disponible ou encline à offrir un soutien positif à son partenaire, surtout si celui-ci apparaît plus détaché émotionnellement. Elle pourrait aussi ne pas percevoir qu'il vit du stress si celui-ci tend à minimiser ou nier son stress et sa détresse. L'individu évitant au plan de l'attachement tend à nier ou minimiser ses besoins de soutien puisqu'il ne souhaite pas se montrer vulnérable, a la croyance de ne pouvoir compter que sur lui-même et n'a pas confiance que les autres lui offriront du soutien s'il en demande. L'ensemble de ces raisons pourrait expliquer pourquoi sa partenaire lui offre aussi moins de soutien positif. Des études dyadiques appuient ces résultats. Selon la revue des écrits de Brassard et ses collègues (2017), le partenaire d'un individu évitant se montrera moins rassurant sur la relation et offrira moins de soutien conjugal. Plus précisément, la partenaire d'un homme évitant sur le plan de l'attachement offrirait son soutien avec moins d'empathie et de sensibilité (Millings & Walsh, 2009; Péloquin et al., 2011).

SAD et satisfaction conjugale

La seconde hypothèse proposait que les SADP d'un partenaire seraient liées à une meilleure satisfaction conjugale chez les deux partenaires (effets acteurs et partenaires), tandis que les SADN d'un membre du couple seraient liées à une plus faible satisfaction conjugale chez les deux partenaires (effets acteurs et partenaires). Cette hypothèse est partiellement appuyée.

Pour l'homme comme pour la femme, l'utilisation de SADP est liée à sa propre meilleure satisfaction conjugale (effet acteur) et celle son/sa partenaire (effet partenaire). Ainsi plus chaque partenaire dit apporter son aide de façon empathique et travailler en équipe pour surmonter les stressseurs tels que l'infertilité et les traitements, plus les deux partenaires se disent satisfaits de leur relation de couple. Ceci est tout à fait cohérent avec les études antérieures montrant un lien positif entre le soutien social offert et la satisfaction conjugale (Mikulincer & Shaver, 2016). En effet, d'un point de vue individuel, l'utilisation de stratégies centrées sur le problème, qui visent à trouver des solutions concrètes pour réduire le stress, chez l'individu est liée à sa meilleure satisfaction conjugale ainsi qu'à celle de son/sa partenaire (Bouchard et al., 1998). De plus, une grande utilisation de SADP est associée à une meilleure satisfaction conjugale auprès de couples de la population générale (Bodenmann, 2005) et à un meilleur fonctionnement de couple pour ceux s'adaptant à un évènement traumatique (Kramer, Ceschi, Van der Linden, & Bodenmann, 2005) ou vivant un contexte de stress chronique (Badr, Carmack, Kashy, Cristofanilli, & Kayser, 2006). Knoll, Kienle, Bauer, Pfuller et Luszczynska (2007) observent même que certains types de soutien social offerts au partenaire en contexte de PMA sont associés à davantage de bien-être pour l'individu lui-même, soit le soutien émotionnel chez la femme et le soutien instrumental chez l'homme. Les résultats de la présente étude corroborent donc ces résultats antérieurs. Puisque le stress de l'infertilité est partagé entre les deux individus (stressseur dyadique), les stratégies positives utilisées

par un individu risquent ainsi d'être bénéfiques pour l'ajustement des deux partenaires et de contribuer à leur satisfaction conjugale mutuelle.

Par ailleurs, alors qu'une plus grande utilisation de SADN chez l'homme et la femme s'avère liée négativement à leur propre satisfaction conjugale (effet acteur), les résultats indiquent que l'utilisation de SADN n'est pas liée à la satisfaction conjugale de l'autre partenaire. Selon les résultats de la présente étude, les SADP pourraient être un meilleur prédicteur de satisfaction conjugale en contexte d'infertilité que les SADN. Il est même possible que les SADP jouent un rôle protecteur sur la satisfaction conjugale du partenaire. C'est d'ailleurs ce qui a été observé par Falconier et al. (2015) dans leur revue portant sur le lien entre les SAD et l'ajustement conjugal dans la population générale. Les individus ont un besoin inné d'offrir du soutien aux autres et, en ce sens, cette offre de soutien est associée à des variables positives sur le plan psychologique tant pour la personne qui offre le soutien que pour la personne qui le reçoit (Rusu et al., 2020). D'un autre côté, si une plus grande utilisation de SADN n'est pas significativement liée à une plus faible satisfaction conjugale chez le partenaire, il est possible que les stratégies négatives nuisent davantage au bien-être conjugal de l'individu qui les émet qu'à celui du partenaire qui les reçoit, car l'individu est conscient des stratégies négatives qu'il utilise mais pourrait ne pas percevoir celles de son/sa partenaire lorsqu'il est soumis à plusieurs sources de stress. Il faut en effet rappeler qu'il s'agit des SADN rapportés par l'individu lui-même et non celles perçues par son/sa partenaire qui ont été mesurées dans la présente étude. La méta-analyse de Falconier et al. avait en effet relevé qu'une plus grande

utilisation de SADN est liée à une plus faible satisfaction conjugale chez le/la partenaire. Or, leurs résultats montrent une taille d'effet moins importante que pour l'effet acteur, ce qui semble aller dans le même sens que les résultats de la présente étude.

Rôle médiateur des SAD

Enfin, une question de recherche portait sur l'examen du rôle médiateur des SADP et SADN dans les liens unissant les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale des couples en démarche de PMA. Cinq médiations se sont avérées significatives dans la présente étude, lesquelles seront discutées successivement.

Évitement – SAD – satisfaction. Pour la femme et l'homme, l'évitement de l'intimité est lié à leur plus faible satisfaction conjugale, à la fois par le biais de leur plus grande utilisation des SADN et de leur plus faible utilisation des SADP. Étant donné sa tendance à rester à l'écart, l'individu ayant un degré d'évitement de l'intimité élevé serait moins habile à percevoir les signes de détresse de son/sa partenaire et ainsi pourrait développer un répertoire plus faible de stratégies d'adaptation (Brassard et al., 2017; Davila & Kashy, 2009; Feeney & Collins, 2001). Dans le contexte précis de la PMA, il pourrait être moins engagé dans le processus de traitement et donc, moins bien saisir ce qui pourrait être des périodes critiques de besoin pour l'autre partenaire. Ainsi, il pourrait ne pas savoir quand offrir du soutien (SADP) et donc, en offrir moins que nécessaire. Puis, ne saisissant pas très bien les périodes critiques, il pourrait banaliser le vécu de l'autre partenaire (SADN) ou même être mécontent d'avoir à offrir du soutien, compte tenu de sa

propre tendance à désactiver son système d'attachement pour ne pas ressentir de détresse (Mikulincer & Shaver, 2016). Son/sa partenaire pourrait lui refléter ce manque de soutien face aux stressors traversés au cours du processus de PMA, amenant potentiellement des tensions, de la distance et une vision plus négative de leur propre satisfaction conjugale. Ce serait donc en partie parce que l'individu plus évitant perçoit utiliser davantage de SADN et moins de SADP que sa satisfaction conjugale serait plus faible en contexte d'infertilité.

Anxiété d'abandon – SADP – satisfaction conjugale. Pour la femme et l'homme en démarche de PMA, leur anxiété d'abandon est associée à leur plus faible satisfaction conjugale par l'entremise de leur plus faible utilisation de SADP. En plus d'être souvent envahi par sa propre détresse, l'individu anxieux a tendance à donner du soutien émotionnel qui tient peu compte des besoins réels de son/sa partenaire, et ce, de façon dite compulsive (Feeney & Collins, 2001). Donc, même si les stratégies d'aide employées peuvent être bonnes, elles sont souvent offertes de façon mésajustée et envahissante pour le partenaire. En d'autres mots, bien que l'individu anxieux veuille se sentir proche de son/sa partenaire et engagé dans le processus de PMA, par crainte d'être rejeté, il peut toutefois adopter des comportements perçus comme contrôlants par l'autre partenaire (Feeney & Collins) plutôt que des comportements de soutien empreints de sensibilité à l'autre (Péloquin, Brassard, Lafontaine, & Shaver, 2014; Péloquin, Brassard, Delisle, & Bédard, 2013). Ceci pourrait l'amener à se sentir non reconnu, inadéquat ou rejeté par son/sa partenaire qu'il tente d'aider et ainsi teinter négativement son bien-être relationnel.

Ce serait donc en partie parce que l'individu anxieux perçoit émettre moins de SADP qu'il serait moins satisfait sur le plan conjugal en contexte d'infertilité. Ces résultats corroborent en partie ceux de Brassard et al. (soumis) au sein de la population générale. Selon les résultats de cette étude, l'anxiété d'abandon est liée négativement à la satisfaction conjugale par le biais d'une plus faible perception de soutien émis, et ce, chez la femme seulement.

Évitement homme– SADP – satisfaction conjugale femme. Enfin, l'évitement de l'intimité de l'homme est associé négativement à la satisfaction conjugale de sa partenaire par l'entremise d'une moindre utilisation des SADP par l'homme et sa partenaire. Au-delà du rôle négatif de l'évitement sur sa propre satisfaction conjugale, l'évitement de l'intimité de l'homme semble également nuire au bien-être conjugal de sa partenaire en contexte de PMA. Sa partenaire peut en effet se sentir particulièrement seule face à un conjoint distant, notamment car il la soutient peu dans les étapes de traitement, il s'ouvre très peu sur ce qu'il vit et il se montre moins à l'aise de l'écouter ou de lui offrir de l'aide concrète dans un contexte très exigeant. De nombreuses études ont noté une plus grande détresse psychologique chez les femmes suivies en traitement de fertilité (p. ex., Greil, 1997; Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006; Wichman et al., 2011). Il est possible de penser que si une distance est présente entre les partenaires lorsque l'homme est plus évitant, les deux conjoints peuvent rapporter moins d'efforts communs pour se comprendre et se soutenir (SADP). Par ailleurs, de façon générale, l'homme utiliserait plus de stratégies centrées sur le problème ou de soutien instrumental lesquelles sont liées

à sa meilleure satisfaction conjugale (Knoll et al., 2007). La femme privilégierait, quant à elle, les stratégies de soutien émotionnel lesquelles sont liées à sa meilleure satisfaction conjugale. La moindre utilisation de SADP chez les deux membres du couple que ce soit sous forme d'un moindre soutien instrumental chez l'homme et d'une moindre utilisation de soutien émotionnel chez la femme elle-même pourrait potentiellement expliquer que la femme dise vivre une plus faible satisfaction conjugale. Celle-ci pourrait se sentir invalidée et incomprise par le faible soutien positif reçu de son partenaire, l'amener elle-même à moins offrir de SADP et donc contribuer à ce qu'elle soit moins satisfaite de sa relation de couple. En appui aux présents résultats, Peterson et ses collègues (2008) ont observé que l'utilisation de stratégies individuelles d'évitement par un individu avait un impact sur sa propre satisfaction conjugale (effet acteur) ainsi que sur celle de leur partenaire (effet partenaire). De plus, Meuwly et ses collègues (2012) ont observé en contexte de stress que les individus dont le partenaire utilisent davantage de SADP sous forme de soutien émotionnel et instrumental se remettent plus rapidement.

Retombées scientifiques et cliniques

Retombées scientifiques

Les résultats de la présente étude appuient la pertinence d'utiliser des modèles dyadiques (analyses APIM) pour rendre compte de la réalité des couples en PMA. En effet, les effets de types acteurs et partenaires dégagés dans la présente thèse montrent le caractère dynamique des liens entre les insécurités d'attachement, les stratégies d'adaptation dyadiques et la satisfaction conjugale des deux partenaires. À l'instar du

modèle VSA, les résultats obtenus montrent aussi la pertinence d'étudier les insécurités d'attachement comme des vulnérabilités individuelles associées à un risque accru d'insatisfaction conjugale en contexte d'infertilité. Qui plus est, les présents résultats soulignent que l'étude des processus adaptatifs, telles que les stratégies d'adaptation dyadique négatives et positives, permet de mieux comprendre comment l'insécurité d'attachement peut miner la satisfaction des partenaires en situation de stress chronique comme le contexte d'infertilité. Ils suggèrent également que les stratégies dyadiques positives, davantage que les stratégies négatives, pourraient jouer un rôle protecteur sur la satisfaction conjugale des deux partenaires suivis en PMA (Boivin & Gameiro, 2015; Falconier et al., 2015). Enfin, les divergences observées entre les résultats de la présente étude et ceux d'études portant sur les stratégies d'adaptation individuelle suggèrent que la façon dont les individus s'adaptent en équipe avec leur partenaire dans le contexte de la PMA pourrait avoir des effets différents des effets associés aux stratégies individuelles sur le bien-être conjugal, soulignant l'importance de différencier ces deux types de stratégies.

Retombées cliniques

Avant de présenter les retombées cliniques de cette étude, il importe de clarifier le contexte d'intervention psychosocial en infertilité. Il existe trois formes de soutien psychosocial pouvant être offert en infertilité, selon les besoins spécifiques de chaque couple (Boivin & Gameiro, 2015); des soins psychosociaux courants, des suivis spécialisés en infertilité et de la psychothérapie de couple. Pour les couples rapportant une

bonne satisfaction conjugale, de l'information sous forme de feuillets distribués par l'équipe soignante pourrait constituer un soutien suffisant (Boivin & Gameiro; Peterson et al., 2012). Si cela s'avère nécessaire, un suivi spécialisé en infertilité de courte durée peut être effectué par un conseiller en fertilité ou un professionnel en santé mentale (Sullivan, Adams, & Gauthier, 2008). Ce suivi cible les stresseurs psychologiques spécifiques à un suivi en PMA tels que les deux semaines d'attente suivant une procédure médicale (p. ex., transfert d'embryon) et avant le premier test de grossesse, l'analyse du sperme pour l'homme et la prise de décision liée à la préservation de la fertilité pour les individus atteints de cancer (Peterson et al.). Ce suivi vise entre autres à faciliter le dévoilement entre les partenaires, normaliser les émotions vécues, apprendre des stratégies de gestion du stress, travailler sur la communication et l'affirmation de soi, développer la compréhension des stresseurs réciproques de l'infertilité (Péloquin & Brassard, 2013; Péloquin et al., 2014; Peterson et al.; Sullivan et al., 2008), aborder l'engagement envers un suivi, servir de thérapie de soutien (p. ex., à la suite d'une fausse couche) et d'intervention de crise (Peterson et al.). Enfin, un thérapeute de couple peut aussi aider les couples présentant des problèmes dépassant le cadre de la fertilité ou présentant une détresse psychologique plus importante. Ce type de suivi peut avoir pour objectif l'amélioration de la relation, la résolution de l'ambivalence aux traitements, la minimisation des répercussions d'une éventuelle désunion, l'absence de relations sexuelles et l'examen des autres options outre un suivi en PMA, telles que l'adoption ou le choix de demeurer sans enfant (Boivin & Gameiro; Peterson et al.; Sullivan et al.).

Sur le plan de la prévention, les résultats obtenus dans cette étude peuvent permettre d'informer et de sensibiliser le public à la pertinence d'utiliser des stratégies dyadiques de gestion du stress en vue de protéger la satisfaction conjugale en contexte de PMA. Ces résultats peuvent sensibiliser les individus en couple voulant amorcer une démarche en PMA quant au rôle des stratégies d'adaptation qu'ils vont déployer comme couple pour faire face aux stressors sur leur satisfaction conjugale et celle de leur partenaire. Cette information peut s'insérer dans la documentation de base offerte aux couples ou être intégrée dans les suivis psychologiques de courte et de plus longue durée.

Sur le plan de l'évaluation, les résultats obtenus suggèrent que l'ajout d'un questionnaire bref mesurant l'attachement dans les programmes d'intervention spécialisés en infertilité (Peterson et al., 2012) pourrait aider les équipes soignantes à cibler les individus et les couples suivis en PMA plus vulnérables afin d'identifier des lacunes en matière de soutien dyadique ou sur le plan de la satisfaction conjugale en vue de leur offrir un soutien psychologique (Lowyck et al., 2009). La forme brève du ECR, par exemple, est rapide et facile d'utilisation en clinique (ECR-12; Lafontaine et al., 2016). Les insécurités d'attachement jouent un rôle considérable sur les comportements et les émotions dans les relations de couple. Les dynamiques relationnelles qui en découlent peuvent être source de résilience ou de détresse psychologique en contexte d'infertilité (Ridenour et al., 2009). Or, la modification des insécurités d'attachement ou encore des dynamiques relationnelles nécessite une thérapie à plus long terme.

En ce sens, sur le plan de l'intervention, un suivi à plus court terme, auprès d'un conseiller en fertilité, peut cibler la régulation des émotions ainsi que les stratégies d'adaptation en vue de favoriser une meilleure satisfaction conjugale. Les SAD, plus particulièrement l'augmentation des SADP, semblent être une cible thérapeutique de choix dans les suivis spécialisés en infertilité en vue d'améliorer ou de préserver la satisfaction conjugale des deux partenaires. Les présents résultats montrent que les SADP semblent être un meilleur prédicteur de la satisfaction conjugale que les SADN en contexte d'infertilité. Certaines SADP peuvent être développées par les conjoints, dont le soutien, la délégation et les stratégies communes (Bodenmann, 2005). Les SADP utilisées devraient être choisies par les partenaires en fonction des besoins mutuels des partenaires (Péloquin et al., 2014). Enseigner des habiletés à communiquer, identifier les besoins réciproques des partenaires et identifier les stratégies les plus pertinentes en fonction des besoins exprimés par chacun serait pertinent afin de protéger la satisfaction conjugale du couple (Peterson et al., 2012). L'étude de Knoll et al. (2007) montre même que certains types de soutien social offerts au partenaire en contexte de PMA sont associés à davantage de bien-être pour l'individu lui-même, soit le soutien émotionnel (p. ex., être à l'écoute, faire preuve d'empathie, normaliser les émotions vécues) chez la femme et le soutien instrumental (p. ex., donner de l'information sur le processus, apporter un soutien financier) chez l'homme. Par exemple, en contexte de détresse intense, une femme utilise des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion en parlant de ce qu'elle vit à son conjoint. Son partenaire, qui souhaite paraître solide et ainsi apaiser sa partenaire, peut utiliser des stratégies centrées sur le problème, amenant potentiellement la partenaire à se

sentir invalidée au plan émotionnel (Péloquin, et al.; Van den Boreck et al., 2010). Dans un tel contexte, si le besoin de la partenaire semble en être un de soutien émotionnel, ce serait donc la SADP à privilégier. Cet exemple illustre l'importance pour le thérapeute d'accompagner chaque conjoint dans l'identification et l'expression de ses besoins spécifiques, afin de favoriser l'utilisation de stratégies positives qui sont adaptées à ces besoins et qui tiennent compte des différences dans les besoins de chaque partenaire.

Enfin, la présence d'insécurités sur le plan de l'attachement chez certains couples peut être un indicateur qu'ils sont susceptibles de vivre des tensions conjugales plus importantes et que ceux-ci pourraient ne pas bénéficier de recevoir seulement les soins de base (feuillets, etc.). Une référence en thérapie conjugale de plus longue durée pourrait être nécessaire pour ces couples si le stress engendré par l'infertilité et ses traitements génère trop de tensions conjugales ou soulève des enjeux qui dépassent le contexte précis de l'infertilité et de la PMA.

Forces, limites et pistes de recherche

Cette étude présente plusieurs forces, dont l'utilisation d'un échantillon relativement grand de couples en démarche de fertilité, une population qui est particulièrement difficile à recruter. Toutefois, l'échantillon est relativement homogène, les participants étant principalement caucasiens (84,5 %), francophones (81,4 %), en relation de couple hétérosexuelle (100 %) et éduqués (58,5 % ont minimalement des études universitaires). C'est pourquoi la généralisation des résultats se limite aux individus

et aux couples ayant des caractéristiques similaires à ceux étudiés. Les études futures gagneraient à recruter des couples représentant mieux la diversité culturelle, sexuelle et de genre qui a recours au service de PMA. En effet, les couples issus de la communauté LGBTQ+ représenterait de 15 à 25 % des couples consultant en clinique de fertilité pour fonder une famille (Green, Tarasoff, & Epstein, 2012). Ensuite, si des modèles dyadiques rigoureux de médiation ont été utilisés pour évaluer la présence de liens directs et indirects de type acteur et partenaire, l'utilisation d'un devis corrélationnel transversal ne permet pas d'établir la séquence temporelle des relations étudiées ni de comprendre les variations dans les mécanismes utilisés chez les couples infertiles à travers le temps. Des études adoptant une approche longitudinale permettraient de pallier cette limite. Or, il serait intéressant de documenter les stratégies d'ajustement dyadiques en tant que processus soit avant, pendant et après les traitements et ainsi, observer l'impact de l'issue des traitements sur le développement de ces stratégies.

Les instruments de mesure utilisés dans la présente étude présentaient tous de bonnes qualités psychométriques et étaient brefs à compléter. Or, l'utilisation unique de mesures auto-rapportées pourrait avoir introduit des biais de désirabilité sociale, de rappel ou être limitée par le manque d'introspection de certains participants. De plus, les SAD et la satisfaction conjugale ont été évaluées avec des outils plus généraux, alors que plusieurs chercheurs recommandent l'utilisation de mesures d'ajustement spécifiques à l'infertilité, tel que le FertiQol, mesurant l'impact réel de l'infertilité et des traitements sur l'ajustement psychologique et conjugal, plutôt que des mesures plus générales (Boivin et

al., 2011). Les études futures pourraient utiliser des questionnaires spécifiques, en plus de les combiner avec l'observation d'interactions en laboratoire pour pallier ces limites.

La présente étude a aussi l'avantage d'avoir évalué le rôle de deux médiateurs des liens unissant les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale des deux partenaires, soit les SADP et les SADN. Or, pour maintenir une puissance statistique suffisante, ces deux médiateurs ont été évalués dans des modèles différents. L'inclusion des deux types de SAD dans un modèle unique aurait permis d'évaluer leur contribution relative à la satisfaction conjugale. Le recrutement d'échantillons de plus grande taille permettrait de tester simultanément les deux types de SAD et de tenir compte d'autres processus adaptatifs pertinents au contexte de la PMA. Notamment, des processus relationnels comme l'intimité et les stratégies de résolution de problème pourraient aider à comprendre comment les couples en traitement de fertilité conservent une connexion intime solide malgré les épreuves et négocient les nombreuses décisions qui doivent être prises en lien avec la poursuite des démarches de fertilité. De plus, des auteurs ont suggéré la pertinence d'étudier les interactions entre les stratégies d'adaptations utilisées par les deux partenaires dans le couple pour comprendre le degré de satisfaction conjugale (Naud, Lussier, & Sabourin, 2017; Peterson, Newton, Rosen, & Schulman, 2006; 2009). Enfin, pour mieux comprendre le degré d'adversité vécu par les couples en contexte d'infertilité, les prochaines études pourraient tenir compte du type de stress en contrôlant le type de traitement, le nombre de traitement et le type de diagnostic d'infertilité.

Conclusion

Cette recherche visait à étudier les mécanismes explicatifs de la satisfaction conjugale de couples suivis en clinique de fertilité, plus particulièrement les liens entre les insécurités d'attachement (anxiété d'abandon et évitement de l'intimité), les stratégies d'adaptation dyadique (SAD positives et négatives) employées et la satisfaction conjugale chez des couples suivis en PMA. En effet, ces liens sont de plus en plus étudiés au sein de la population générale (Mikulincer & Shaver, 2016), mais très peu en contexte de stress chronique comme celui de la PMA. L'étude visait aussi à élargir les connaissances sur les couples suivis en PMA en explorant le rôle médiateur des SAD dans les liens unissant les insécurités d'attachement et la satisfaction conjugale.

Les résultats de cette étude montrent que bien que le contexte d'infertilité soit difficile, des différences au plan des vulnérabilités individuelles comme les insécurités d'attachement et des processus adaptatifs de couple comme les SAD contribuent à expliquer la satisfaction conjugale vécue par un individu et son/sa partenaire. Précisément, les résultats révèlent que l'évitement de l'intimité des individus en démarche de PMA est lié à leur plus faible satisfaction conjugale en raison notamment de leur plus grande utilisation de SADN et leur plus faible utilisation de SADP. C'est donc en raison de leur

difficulté à gérer le stress et la détresse en couple que les individus inconfortables avec l'intimité sont moins satisfaits de leur relation en contexte d'infertilité.

De plus, les résultats montrent que l'anxiété d'abandon des individus en démarche de fertilité est liée à leur plus faible satisfaction conjugale en raison notamment de leur plus faible utilisation de SADP. C'est donc en raison de leur difficulté à faire équipe et à se soutenir mutuellement que les individus plus anxieux face à l'abandon se sentent moins satisfaits de leur relation pendant les démarches de fertilité. Enfin, l'évitement de l'intimité des hommes seulement s'avère associé à la plus faible satisfaction conjugale de leur partenaire, notamment en raison de la moindre utilisation de SADP par les deux partenaires. Ce dernier résultat souligne l'importance de tenir compte de l'évitement de l'intimité chez l'homme, car sa partenaire est susceptible de vivre plus de détresse relationnelle en raison de la difficulté du couple à s'adapter ensemble aux différents stressors vécus dans le contexte des démarches de PMA.

En somme, les couples suivis en PMA sont soumis à de nombreux stressors, souvent sur une longue période de temps, ce qui peut contribuer à leur détresse conjugale. Les résultats de cette étude soulignent l'importance de considérer les insécurités d'attachement tant en clinique qu'en recherche en PMA puisqu'elles sont utiles pour mieux comprendre la variabilité qui existe entre les couples au plan de la détresse conjugale. Les résultats obtenus renforcent l'importance d'accorder de l'attention aux

deux membres du couple au moment d'offrir des services de soutien en contexte d'infertilité. L'évaluation des insécurités d'attachement en clinique pourrait permettre de mieux cibler les couples à risque d'une plus grande détresse psychologique et conjugale afin de mieux les accompagner et leur offrir un soutien approprié. Les résultats soulignent aussi l'importance des SADP. Les acteurs impliqués dans les suivis en fertilité pourraient aborder les SAPD et favoriser leur apprentissage en vue d'améliorer la satisfaction conjugale ou prévenir sa détérioration chez les couples suivis en PMA.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Water E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Amir, M., Horesh, N., & Lin-Stein, T. (1999). Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 463-479. doi:10.1023/A:1026280017092
- Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofinalli, M., & Revenson, T. A. (2010). Dyadic coping in metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29, 169-180. doi:10.1037/a0018165
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bayley, T. M., Slade, P., & Lashen, H. (2009). Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Human Reproduction*, 24, 2827-2837. doi:10.1093/humrep/dep235
- Bazzarian, S., & Besharat, M. A. (2012). An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, Health, and Medicine*, 17, 47-58. doi:10.1080/13548506.2011.575168
- Benazon, N., Wright, J., & Sabourin, S. (1992). Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 273-284.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83, 275-283. doi:10.1016/j.fertnstert.2004.10.014
- Berant, E., Mikulincer, M., & Florian, V. (2003). Marital satisfaction among mothers of infants with congenital heart disease: The contribution of illness severity, attachment style, and the coping process. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*, 16, 397-415.
- Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Montréal, QC : Bayard Canada.
- Blenner J. L. (1991) Clomiphene-induced mood swings. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 20, 321-327.

- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping: A systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137–141.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. Dans T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Éds), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–50). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11031-002
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar: Testmanual* [Dyadic Coping Inventory: Test manual]. Bern, Suisse : Huber.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates on infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512. doi:10.1093/humrep/dem046
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2009). International estimates on infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for medical care. *Human Reproduction*, 24, 2380-2383. doi:10.1093/humrep/dep219
- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104, 251-259. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.05.035
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J., & Richer, C. (1998). Predictive validity of coping strategies on marital satisfaction: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Journal of Family Psychology*, 12, 112-131. doi:10.1037/0893-3200.12.1.112
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. II, Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. III, Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol I, Attachment* (2^e éd.). New York: Basic Books. (Ouvrage original publié en 1969).
- Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M.-F., Péloquin, K., & Sabourin, S. (2017). L'attachement dans les relations de couple. Dans Y. Lussier, C. Bélanger, & S. Sabourin (Éds), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 54-86). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Brassard, A., Lussier, Y., & Shaver, P. R. (2009). Attachment, conflict, and couple satisfaction: Test of a dyadic model. *Family Relations*, 58, 633-644. doi:10.1111/j.1741-3729.2009.00580.x
- Brassard, A., Péloquin, K., Houde, F., Lafontaine, M-F., Lussier, Y., & Shaver, P. R., (soumis). Romantic attachment, support perceptions, and couple satisfaction: A dyadic study over three years. *Journal of Social and Personal Relationships*.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283. doi:10.1177/0146167295213008
- Bright, K., Dube, L., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2020). Effectiveness of psychological interventions on mental health, quality of life and relationship satisfaction for individuals and/or couples undergoing fertility treatment : A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 10, e036030. doi:10.1136/bmjopen-2019-036030.
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., & Collins, J. (2015). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27, 738-746. doi:10.1093/humrep/der465
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42, 113–118. <https://doi.org/10.1080/00224490509552264>
- Caldwell, J. G., & Shaver, P. R. (2012). Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individual Differences Research*, 10, 141-152.
- Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships*, 3, 257-277. doi:10.1111/J.1475-6811.1996.TB00116.X
- Caron, A., Lafontaine, M.-F., Bureau, J.-F., Levesque, C., & Johnson, S. M. (2012). Comparisons of close relationships: An evaluation of relationship quality and patterns of attachment to parents, friends, and romantic partners in young adults. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44, 245-256. doi: 10.1037/a0028013

- Chandra, A., Copen, C. E., & Stephen, E. H. (2014). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982-2010: Data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistical Report*, 67, 1-19.
- Chaves, C., Canavarro, M. C., & Ramos, M. M. (2019). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family Process*, 58, 509-523. doi:10.1111/famp.12364
- Chow, C. M., Buhrmester, D., & Tan, C. C. (2014). Interpersonal coping styles and couple relationship quality: Similarity versus complementarity hypotheses. *European Journal of Social Psychology*, 44, 175-186. doi:10.1002/ejsp.2000
- Chung, M. S. (2014). Pathways between attachment and marital satisfaction: The mediating roles of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 70, 246-251. doi:10.1016/j.paid.2014.06.032
- Coëffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 32, 624-637. doi:10.1016/j.gyobfe.2004.06.004
- Collins, N. L., Cooper, M. L., Albino, A., & Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of Personality*, 70, 965-1008. doi:10.1111/1467-6494.05029
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Feeney, B. C. (2006). Responding to need in intimate relationships: Normative processes and individual differences. Dans M. Mikulincer & G. Goodman (Éds), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 149-189). New York: Guilford Press.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The Actor-Partner Interdependence Model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 101-109. doi:10.1080/01650250444000405
- Davila, J., Bradbury, T. N., & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 5, 467-484. doi:10.1111/j.1475-6811.1998.tb00183.x

- Davila, J., & Kashy, D. A. (2009). Secure base processes in couples: Daily associations between support experiences and attachment security. *Journal of Family Psychology*, 23, 76-88. doi:10.1037/a0014353
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481. doi:10.1037/0022-3514.74.2.468
- Deniz, M. E., & Isik, E. (2010). Positive and negative affect, life satisfaction, and coping with stress by attachment styles in Turkish students. *Psychological Reports*, 107, 480-490. doi: 10.2466/02.09.10.20.PR0.107.5.480-490.
- Donarelli, Z., Lo Coco, G., Gullo, S., Marino, A., Volpes, A., & Allegra, A. (2012). Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Human Reproduction*, 27, 3215-3225. doi:10.1093/humrep/des307
- Donato, S., Parise, M., Iafrate, R., Bertoni, A., Finkenauer, C., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping responses and partners' perceptions for couple satisfaction: An actor-partner interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32, 580-600. doi: 10.1177/0265407514541071
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3335-3346. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x
- Edmonston, B., Lee, S. M., & Wu, Z. (2008). *Childless Canadian Couples*. Victoria, CB: Université de Victoria.
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying the schemas involved in insecure people's coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 78-93. doi:10.1037/a0022503
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854. doi:10.1037/0022-3514.58.5.844
- Engler, N. (2009). The psychological impact of infertility and its treatment. *Harvard Health Publications*, 25, 1-4.

- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 42*, 28-46. doi:10.1016/j.cpr.2015.07.002
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 972-994. doi:10.1037/0022-3514.80.6.972
- Feeney, J. A. (2016). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 435-463). New York: Guilford Press.
- Ford, W. C., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M. G., & Golding, J. (2000). Increasing parental age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: Evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction, 15*, 1703-1708. doi:10.1093/humrep/15.8.1703
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 123-151. doi:10.1207/s15327957PSPR0602_03
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships, 4*, 131-144. doi:10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x
- Fraley, R., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality, 74*, 1163-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x
- Fuenfhausen, K. K., & Cashwell, C. S. (2013). Attachment, stress, dyadic coping, and marital satisfaction of counseling graduate students. *The Family Journal, 21*, 364-370. doi:10.1177/1066480713488523
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies, 20*, 224-228. doi:10.1016/j.sexol.2011.08.005
- Gouvernement du Canada. (2013). *Fertilité*. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/pregnancy-grossesse/fertility-fertilite/fert-fra.php>

- Green, D., Tarasoff, L. A., & Epstein R. (2012, août). Meeting the assisted human reproduction (AHR) Needs of lesbian, gay, bisexual, trans and queer (LGBTQ) People in Canada: A fact sheet for AHR service providers. Repéré à <https://www.rainbowhealthontario.ca/resource-library/meeting-the-assisted-human-reproduction-ahr-needs-of-lesbian-gay-bisexual-trans-and-queer-lgbtq-people-in-canada-a-fact-sheet-for-ahr-service-providers/>
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 1679-1704. doi:10.1016/S0277-9536(97)00102-0
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., McQuillan, J., Lowry, M. H., Burch, A. R., & Shreffler, K. M. (2018). Relationship satisfaction among infertile couples: Implications of gender and self-identification. *Journal of Family Issues*, 39, 1304-1325. doi:10.1177/0192513x17699027
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445. doi:10.1037/0022-3514.67.3.430
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Herzberg, P. Y. (2013). Coping in relationships: The interplay between individual and dyadic coping and their effects on relationship satisfaction. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26, 136-153. doi:10.1080/10615806.2012.655726
- Holmberg, D., Lomore, C. D., Takacs, T. A., & Price, E. L. (2011). Adult attachment styles and stressor severity as moderators of the coping sequence. *Personal Relationships*, 18, 502-517. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01318.x
- Jacobvitz, D., Curran, M. K., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, 4, 207-215. doi:10.1080/14616730210154225
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-358. doi:10.1023/a:1018774019232
- Kane, H. S., Jaremka, L. M., Guichard, A. C., Ford, M. B., Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2007). Feeling supported and feeling satisfied: How one partner's attachment

style predicts the other partner's relationship experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 535-555. doi:10.1177/0265407507079245

- Karantzas, G. C., Feeney, J. A., Goncalves, C. V., & McCabe, M. P. (2014). Towards an integrative attachment-based model of relationship functioning. *British Journal of Psychology*, 105, 413-434. doi:10.1111/bjop.12047
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34. doi:10.1037/0033-2909.118.1.3
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4^e éd.). New York: Guilford Press.
- Knoll, N., Kienle, R., Bauer, K., Pfüller, B., & Luszczynska, A. (2007). Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving. *Social Science & Medicine*, 64, 1789-1801. doi:10.1016/j.socscimed.2007.01.004
- Kramer, U., Ceschi, G., Van der Linden, M., & Bodenmann, G. (2005). Individual and dyadic coping strategies in the aftermath of a traumatic experience. *Swiss Journal of Psychology*, 64, 241-248. doi:10.1024/1421-0185.64.4.241
- Kroemeke, A., & Kubicka, E. (2017). Actor and partner effects of coping on adjustment in couples undergoing assisted reproduction treatment. *Health Psychology Report*, 5, 296-303. doi:10.5114/hpr.2017.67853
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32, 140-154. doi:10.1027/1015-5759/a000243
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ledermann, T., Bodenmann, G., Gagliardi, S., Charvoz, L., Verardi, S., Rossier, J., Bertoni, A., & Iafrate, R. (2010). Psychometrics of the Dyadic Coping Inventory in three language groups. *Swiss Journal of Psychology*, 69, 201-212. doi:10.1024/1421-0185/a000024

- Lee, E., & Roberts, L. J. (2018). Between individual and family coping: A decade of theory and research on couples coping with health-related stress. *Journal of Family Theory & Review*, 10, 141–164. doi:10.1111/jftr.12252
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Caron, A., & Fitzpatrick, J. (2014) Validation of the English version of the Dyadic Coping Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47, 215-225. doi:10.1177/0748175614522272
- Levin, J. B., Sher, T. G., & Theodos, V. (1997). The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4, 361-372. doi:10.1023/A:1026249317635
- Li, T., & Chan, D. K. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42, 406-419. doi:10.1002/ejsp.1842
- Lowyck, B., Luyten, P., Corveleyn, J., D'Hooghe, T. M., Buyse, E., & Demyttenaere, K. (2009). Well-being and relationships satisfaction of couples dealing with an in vitro fertilization/ intracytoplasmic sperm injection procedure: A multilevel approach on the role of self-criticism, dependency, and romantic attachment. *Fertility and Sterility*, 91, 387–395. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.11.052
- Luk, B. H.-K., & Loke, A. Y. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: A systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41, 610-625, doi:10.1080/0092623X.2014.958789
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Turgeon C. (1997). Coping strategies as moderators of the relationship between attachment and marital adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 777-791. doi:10.1177/0265407597146004
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: The role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24, 906-912. doi:10.1093/humrep/den462
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (pp. 66-104). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12, 17-26. doi:10.1177/107906320001200103
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31, 123-130. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.10.007
- Meuwly, N., Bodenmann, G., Germann, J., Bradbury, T. N., Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2012). Dyadic coping, insecure attachment, and cortisol stress recovery following experimentally induced stress. *Journal of Family Psychology*, 26, 937-947. doi:10.1037/a0030356
- Meyers, S. A., & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9, 159-172. doi:10.1111/1475-6811.00010
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 406-414.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shalev, J. (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 265-280. doi:10.1111/j.2044-8341.1998.tb00991.x
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Miller, C. H. (1981). The stress of deprivation in human relationships. *The American Journal of Psychoanalysis*, 41, 227-234.

- Millings, A., & Walsh, J. (2009). A dyadic exploration of attachment and caregiving in long-term couples. *Personal Relationships*, *16*, 437-453. doi:10.1111/j.1475-6811.2009.01232.x
- Mondor, J., McDuff, P., Lussier, Y., & Wright, J. (2011). Couples in therapy: Actor-partner analyses of the relationships between adult attachment and marital satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*, *39*, 112-123. doi:10.1080/01926187.2010.530163
- Naud, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2017). Les stratégies d'adaptation et le fonctionnement conjugal. Dans Y. Lussier, C. Bélanger, & S. Sabourin (Éds), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 391-419). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: A comparative survey. *Human Reproduction*, *14*, 255-261.
- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongières, C., & Nisand, I. (2009). Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, *37*, 25-32. doi: 10.1016/j.gyobfe.2008.08.012
- Oliveira, P., & Costa, E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, *14*, 1184-1195. doi:10.1177/1359105309342471
- Onat, G., & Beji, N. K. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: A case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *165*, 243-248. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.07.033
- Organisation mondiale de la santé. (2002). Report of a WHO meeting. Dans E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin (Éds), *Current practices and controversies in assisted reproduction* (pp. 19-21). Genève, Suisse: World Health Organization.
- Owen, J., Rhoades, G. K., & Stanley, S. M. (2013). Sliding versus deciding in relationships: Associations with relationship quality, commitment, and infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *12*, 135-149. doi:10.1080/15332691.2013.779097

- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, H., Figlerski, L., Gardner, S., & Malave, A. F. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 35, 133-141. doi:10.1093/humrep/dep367
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Péloquin, K., Bigras, N., Brassard, A., & Godbout, N. (2014). Perceiving that one's partner is supportive moderates the associations among attachment insecurity and psychosexual variables. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23, 178-188. doi:10.3138/cjhs.2443
- Péloquin, K., & Brassard, A. (2013). L'infertilité : une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Les nouvelles réalités de couple, Cahier Recherche et pratique, Ordre des psychologues du Québec*, 3, 22-26.
- Péloquin, K., Brassard, A., Arpin, V., Sabourin, S., & Wright, J. (2018). Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39, 64-72. doi:10.1080/0167482X.2017.1289369
- Péloquin, K., Brassard, A., Delisle, G., & Bédard, M.-M. (2013). Integrating the attachment, caregiving, and sexual systems into the understanding of sexual satisfaction. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 45, 185-195. doi:10.1037/a0033514
- Péloquin, K., Brassard, A., Lafontaine, M.-F., & Shaver, P. R. (2014). Sexuality examined through the lens of attachment theory: Attachment, caregiving, and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 51, 561-576. doi:10.1080/00224499.2012.757281
- Péloquin, K., Brassard, A., & Purcell-Lévesque, C. (2014). Profils d'adaptation psychologique et conjugale des couples suivis en traitement de fertilité. *Psychologie Québec*, 31, 29-31.
- Péloquin, K., & Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, 46, 580-620.
- Péloquin, K., Lafontaine, M.-F., & Brassard, A. (2011). A dyadic approach to the study of romantic attachment, dyadic empathy, and psychological aggression. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 915-942. doi:10.1177/0265407510397988

- Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: A guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29, 243-248. doi:10.1007/s10815-011-9701-y
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Schulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55, 227-239. doi:10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., & Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24, 1656-1664. doi:10.1093/humrep/dep061
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23, 1128-1137. doi:10.1093/humrep/den067
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Quant, H. S., Zapantis, A., Nihsen, M., Bevilacqua, K., Jindal, S., & Pal, L. (2013). Reproductive implications of psychological distress for couples undergoing IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30, 1451-1458. doi:10.1007/s10815-013-0098-7
- Ridenour, A., Yorgason, J., & Peterson, B. (2009). The infertility resilience model: assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemporary Family Therapy*, 31, 34-51. doi:10.1007/S10591-008-9077-Z
- Roberts, N., & Noller, P. (1998). The associations between adult attachment and couple violence: The role of communication patterns and relationship satisfaction. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 317-350). New York: Guilford Press.
- Rusu, P. P., Nussbeck, F. W., Leuchtmann, L., & Bodenmann, G. (2020). Stress, dyadic coping, and relationship satisfaction: A longitudinal study disentangling timely stable from yearly fluctuations. *PLOS ONE*, 15, 1-23. doi:10.1371/journal.pone.0231133

- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27. doi:10.1037/1040-3590.17.1.15
- Sauvé, M.-S., Péloquin, K., & Brassard, A. (2020). Moving forward together, stronger, and closer: An interpretative phenomenological analysis of marital benefits in infertile couples. *Journal of Health Psychology, 25*, 1532-1542. doi:10.1177/1359105318764283
- Shapiro, D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse and Neglect, 23*, 1175-1191.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 343-359. doi:10.1177/0146167204271709
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 971-980.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1994). Stress and secure base relationships in adulthood. Dans K. Bartholomew & D. Perlman (Éds), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (pp. 181-204). Londres, Angleterre: Jessica Kingsley Publishers.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 434-446. doi:10.1037/0022-3514.62.3.434
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., & Gauthier, N. (2008). Couples aux prises avec l'infertilité. Dans J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 657-696). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Untas, A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., & Azencot, A. (2009). Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire après le cancer. *Annales médico-psychologiques, 2*, 134-141. doi:10.1016/j.amp.2006.11.004

- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36. doi:10.1093/humupd/dml040
- Waters, E., & Valenzuela, M. (1999). Explaining disorganized attachment: Clues from research on mild-to-moderately undernourished children in Chile. Dans J. Solomon & C. George (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 265-287). New York: Guilford Press.
- Weaver, S. M., Clifford, E., Hay, D. M., & Robinson, J. (1997). Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, 31, 7-18. doi:10.1016/S0738-3991(97)01005-7
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility & Sterility*, 95, 717-721. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.09.043.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychological characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg fertility consultation service. *Human Reproduction*, 16, 1753-1761. doi:10.1093/humrep/16.8.1753.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... van der Poel, S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Human Reproduction*, 24, 2683-2687. doi:10.1093/humrep/dep343
- Zhanying, Z., Yongsheng, Y., & Aiqin, S. (2000). Psychosocial factors in infertile men and women. *Chinese Mental Health Journal*, 14, 40-42.

Appendice A

Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

(Volet 1: Étude longitudinale)

Titre du projet: Étude sur le bien-être psychologique et conjugal des couples suivis en clinique de fertilité

Chercheuse principale: Katherine Péloquin, Ph.D., Psychologue
Professeure chercheuse
Département de psychologie
Université de Montréal

Co-chercheuses: Audrey Brassard, Ph.D., Psychologue
Professeure chercheuse
Département de psychologie
Université de Sherbrooke

Dre Hélène Lavoie, M.D.
Endocrinologue
PROCREA Cliniques, Montréal

Susan Bermingham, Psychologue
PROCREA Cliniques, Montréal

Organismes subventionnaires: Le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (**FQRSC**)

Centre de recherche interdisciplinaire sur les
problèmes conjugaux et les agressions sexuelles
(CRIPCAS)

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 9h et 16h, vous pouvez communiquer avec:

Katherine Péloquin, Ph.D. psychologue
Chercheuse principale

Tél: (514) 343-6111 poste 4320

Marie Soleil Sauvé
Coordonnatrice de recherche

Tél: (514) 343-6111 poste 54060

Courriel: Laboratoire.couple@outlook.com

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche sur le stress, les impacts psychologiques, conjugaux et sexuels ainsi que les facteurs individuels et interpersonnels liés à l'ajustement des couples aux prises avec un problème de fertilité, parce que vous êtes présentement en traitement de fertilité. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les inconvénients ainsi que les avantages. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions à la chercheuse principale ou à la coordonnatrice de recherche et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Avoir de la difficulté à concevoir un enfant peut représenter une épreuve importante pour les couples qui sont touchés. En effet, l'infertilité et ses traitements peuvent affecter la santé psychologique, conjugale et sexuelle de certains couples.

Ainsi, la présente recherche vise à documenter les facteurs individuels et interpersonnels liés à l'ajustement psychologique, conjugal et sexuel chez des couples québécois suivis en clinique de fertilité. Cette étude est menée conjointement dans les cliniques de fertilité PROCREA Cliniques et dans celles des Centres hospitaliers universitaires de Québec et de Sherbrooke.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Nous comptons recruter un total de 200 couples, dont environ 75 chez PROCREA Cliniques, et ce, de novembre 2013 à décembre 2015.

La participation individuelle de chaque couple s'étalera sur une période de 6 mois.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, et après avoir signé le présent formulaire, votre participation comprendra trois temps d'évaluation espacés sur une période de 6 mois (maintenant, dans 3 mois et dans 6 mois). Votre participation (environ 45 à 60 minutes pour chacune des trois périodes d'évaluation) implique de compléter une série de questionnaires (10 par période d'évaluation) portant sur vos réactions en lien avec vos difficultés à concevoir un enfant et les démarches à la clinique de fertilité entreprises jusqu' à présent. Ces questionnaires vous seront envoyés par la poste. Vous serez invité(e) à les compléter individuellement à la maison et à les retourner à l'équipe de recherche dans l'enveloppe préaffranchie prévue à cette fin. Idéalement, vous devrez essayer de compléter tous les questionnaires en une seule fois. Si vous devez vous interrompre, vous devrez tenter de terminer le questionnaire que vous avez entamé avant de vous arrêter.

Au moment de la deuxième et de la troisième évaluation, la coordonnatrice de recherche vous contactera par téléphone pour vérifier votre intérêt à poursuivre votre participation à l'étude et dans l'affirmative, elle vous enverra un nouveau questionnaire par la poste. À chaque temps d'évaluation, si votre questionnaire n'a pas été retourné à l'équipe de

recherche dans les 2 semaines suivantes, la coordonnatrice de recherche vous contactera à nouveau pour un rappel courtois.

Les trois temps d'évaluation permettent d'examiner les changements possibles dans vos réactions vis-à-vis de vos démarches en traitement de fertilité. À la suite de ces trois évaluations, votre participation à l'étude sera terminée.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION A L'ÉTUDE

L'inconvénient majeur de cette étude est le temps nécessaire pour compléter les questionnaires, soit de 45 à 60 minutes par période d'évaluation. Il est possible que vous ressentiez de la fatigue ou un l'inconfort à révéler certains aspects intimes. Certaines questions pourraient vous amener à réfléchir sur vous-même ou pourraient révéler certains aspects de vous dont vous n'étiez pas conscient(e), ce qui est parfois difficile à accepter. Si ces effets se produisent et que vous ressentez le besoin d'en discuter, n'hésitez pas à contacter la coordonnatrice de recherche ou la chercheuse principale du projet dont les coordonnées apparaissent à la première page du présent formulaire et elle vous référera à des ressources appropriées au besoin.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Il se peut que vous retiriez un avantage personnel de cette recherche, mais nous ne pouvons vous le garantir. À tout le moins, en participant à cette étude, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur les réactions psychologiques et conjugales possibles chez les couples qui présentent des problèmes de fertilité, en plus d'aider à mieux comprendre la contribution de facteurs individuels et interpersonnels sur l'ajustement psychologique, conjugal et sexuel de ces couples.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, par simple avis verbal à la coordonnatrice de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit à la clinique de fertilité ou sur vos relations avec les intervenants. Si vous vous retirez de l'étude, l'information déjà obtenue sera conservée afin de ne pas nuire à l'intégrité de l'étude. Toutefois, aucune nouvelle information ne sera recueillie.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements comprennent les réponses aux questionnaires que vous aurez complétés durant l'étude. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements socio-démographiques tels que votre nom, âge, sexe et origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Ils ne seront pas communiqués au personnel médical sans votre consentement écrit au préalable. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de manière sécuritaire et les données de recherche seront conservées pendant 12 ans puis seront détruites.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de

la recherche de PROCREA Cliniques ou une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants des organismes subventionnaires. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

COMMUNICATION DES RESULTATS GENERAUX

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la fin de l'étude à la chercheuse principale.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, un moment total de 60\$ par couple vous sera donné à titre de dédommagement pour le temps accordé à la participation à ce projet de recherche, soit 10.00\$ par personne et par questionnaire complété.

DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, les établissements ou les organismes subventionnaires de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

La chercheuse principale a reçu des fonds des organismes subventionnaires pour mener à bien ce projet de recherche.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche, s.v.p. vous référer à l'encadré de la page 1.

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant(e) à un projet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

SURVEILLANCE DES ASPECTS ETHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Les Comités d'éthique de la recherche de PROCREA Cliniques et de l'Université de Montréal, du CHUQ et du CHUS ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ceux-ci approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des inconvénients qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom de la participante (lettres moulées)	Signature de la participante	Date
---	------------------------------	------

Nom du participant (lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Marie Soleil Sauvé

Coordonnatrice de recherche	Signature	Date
(lettres moulées)		

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE PRINCIPALE

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au sujet de recherche.

Katherine Péloquin

Chercheuse principale	Signature	Date
(lettres moulées)		

Appendice B

Questionnaire sociodémographique

HISTOIRE MÉDICALE ET QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales.

Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles.

1. Sexe : _____ 2. Âge : _____

3. Depuis combien de temps éprouvez-vous des difficultés à concevoir un enfant ? _____

4. Depuis combien de temps êtes-vous suivis à la clinique de fertilité du CHUL ? _____

5. Avez-vous reçu un diagnostic suite à vos démarches en service de fertilité ?

___ Non

___ Oui

SVP préciser : _____

6. Si vous avez reçu un diagnostic d'infertilité, est-il de cause :

___ Masculine

___ Causes masculines et féminines combinées

___ Féminine

___ Problème inexpliqué

7. SVP, indiquez les traitements de fertilité reçus jusqu'à présent (au CHUL ou ailleurs) dans le tableau suivant (p. ex., médication pour superovulation, insémination artificielle, FIV) :

Traitement(s)	À quel moment ? (p. ex., mai 2010)	Nombre de cycles (si applicable)

8. Prenez-vous *présentement* de la médication pour vos traitements de fertilité ?

___ Non

___ Oui

Si oui, SVP préciser (nom et dose) :

9. Avez-vous vécu une grossesse qui n'a pas été menée à terme (p. ex., fausse couche, grossesse ectopique, interruption de grossesse, mort in utero, etc.) ?

a) avant le début des traitements de fertilité ?

___ Non

___ Oui

Si oui, précisez _____

b) depuis le début des traitements de fertilité ?

___ Non

___ Oui

Si oui, précisez _____

10. Avez-vous des enfants pour lesquels vous n'avez pas eu recours à des traitements de fertilité...

a) avec votre conjoint(e) actuel(le) ?

___ Non

___ Oui

Si oui, combien ? _____

b) avec un(e) autre conjoint(e) ?

___ Non

___ Oui

Si oui, combien ? _____

11. Avez-vous des enfants qui sont nés suite à des traitements de fertilité passés ?

___ Non

___ Oui

Si oui, combien ? _____

12. Avez-vous déjà consulté un psychologue ou psychothérapeute en thérapie individuelle...

a) en raison de difficultés liées à vos problèmes de fertilité ?

___ Oui

___ Non

b) pour une autre raison ?

___ Oui

___ Non

Si oui, SVP préciser :

13. Avez-vous déjà consulté en thérapie conjugale avec votre conjoint(e) actuel(le)...

a) en raison de difficultés liées à vos problèmes de fertilité ?

___ Oui

___ Non

b) pour une autre raison ?

___ Oui

___ Non

Si

oui,

SVP

préciser :

14. Prenez-vous actuellement une médication pour gérer l'anxiété ou un trouble de l'humeur (ex., dépression) ?

___ Oui

___ Non

15. Langue maternelle :

___ Français

___ Anglais

Autre,

spécifiez :

16. Pays de naissance :

☐ Canada ☐ Autre, spécifiez : _____

Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, depuis combien d'années vivez-vous au Canada
_____ ans.

17. À quel(s) groupes ethniques considérez-vous appartenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

☐ Blanc / caucasien
☐ Noir (p. ex., Haïtien, Africain, Jamaïquain, Somalien)
☐ Latino / Hispanique
☐ Asiatique (p. ex., Chinois, Japonais, Vietnamien)
☐ Moyen Orient
☐ Natif / Première nation / Métis
☐ Iles du Pacifique ☐ Autre, spécifiez : _____

18. Plus haut degré de scolarité complété :

☐ Secondaire non complété ☐ Maîtrise
☐ Secondaire / Cours professionnel ☐ Doctorat
☐ Collégial ☐ Post-doctorat
☐ Baccalauréat ☐ Autre, spécifiez : _____

19. Occupation principale présentement (cochez un seul choix) :

a) ☐ Travail à temps plein
☐ Travail à temps partiel,
☐ À la retraite / à la maison
☐ Au chômage / en arrêt de travail
☐ Aux études
☐ Autre, spécifiez : _____

b) S'il y a lieu, spécifiez l'emploi que vous occupez présentement :

20. Quel est votre revenu *personnel* annuel avant déduction d'impôts? N'incluez pas le revenu de votre conjoint(e).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000\$ | <input type="checkbox"/> 90 000 à 109 000\$ |
| <input type="checkbox"/> 15 000 à 29 999\$ | <input type="checkbox"/> 110 000 à 149 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 30 000 à 49 999\$ | <input type="checkbox"/> 150 000\$ et plus |
| <input type="checkbox"/> 50 000 à 69 999\$ | |
| <input type="checkbox"/> 70 000 à 89 999\$ | |

Les questions 21 à 25 se rapportent à votre relation de couple actuelle :

21. Durée de votre relation de couple : _____ ans

22. Depuis combien de temps cohabitez-vous ? _____ ans

(Si vous ne cohabitez pas avec votre conjoint(e), inscrivez 0)

23. Êtes-vous marié(e) ? ☐ Oui ☐ Non

S'il y a lieu, depuis combien de temps êtes-vous marié(e)? _____

24. Formez-vous une famille recomposée (couple vivant avec au moins un enfant né d'une union précédente de l'un des deux conjoints) ?

☐ Oui ☐ Non

25. Si vous avez des enfants, vivent-ils avec vous ?

☐ Oui, à temps complet

☐ Oui, en garde partagée

☐ Non

Appendice C

Documents pour le recrutement

Nous sollicitons votre participation à une étude qui vise à documenter les réactions et le stress que peuvent vivre les couples québécois aux prises avec des problèmes de fertilité, ainsi que l'impact de tels problèmes sur leur santé psychologique, conjugale et sexuelle.

Grâce à des études comme celle-ci, il sera possible d'améliorer les connaissances sur l'expérience vécue par des couples suivis en clinique de fertilité au Québec et de mieux connaître les interventions psychologiques à privilégier pour chaque type de clients.



Vous aimeriez contribuer à la recherche visant à mieux comprendre l'expérience des couples suivis en clinique de fertilité ?



Étude sur le bien-être psychologique et conjugal des couples suivis en clinique de fertilité



Étude menée sous la direction de :

Katherine Pélouin, Ph.D., psy
Département de psychologie
Université de Montréal

Audrey Brassard, Ph.D., psy
Département de psychologie
Université de Sherbrooke

Dr Béline Carranza-Mamane, MD, FRCSC
Département d'obstétrique-gynécologie
Université de Sherbrooke
Endocrinologue-gynécologue spécialisée
dans la reproduction et l'infertilité
Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke

Pour participer à l'étude,
vous devez :

- 1) Être âgé de 18 ans ou plus;
- 2) Ne pas avoir conçu d'enfants par le passé;
- 3) Être en relation de couple hétérosexuelle.

Modalités de participation

Option 1: Participation à court terme

- ✗ Questionnaires à compléter à la maison
- ✗ 2 périodes d'évaluation, espacées d'environ 10 semaines
- ✗ Temps de participation: 45 à 75 min par période d'évaluation
- ✗ Participation individuelle ou en couple

Option 2: Participation à plus long terme

- ✗ Questionnaires à compléter à la maison
- ✗ 3 périodes d'évaluation, espacées d'environ 6 mois
- ✗ Temps de participation: 60 min par période d'évaluation
- ✗ Participation en couple

Durant votre participation à ce projet de recherche, soyez assuré que toutes les données vous concernant seront traitées de manière strictement confidentielle.

Cette étude a été évaluée
approuvée par les Comités
d'éthique de la recherche du CHUS
et de l'Université de Montréal

Comment nous joindre :

Pour de plus amples
informations ou pour prendre
part à l'étude, contactez notre
coordonnatrice de recherche

Coralie Purcell-Lévesque
(819) 821-8000 poste 65564

Merci de nous aider à
améliorer les
connaissances sur les couples
qui consultent en clinique de
fertilité.



Étude sur le bien-être psychologique et conjugal des couples suivis en clinique de fertilité

- 3 questionnaires à compléter **en ligne** sur une période de 6 mois (maintenant, dans 3 mois, dans 6 mois)
- Compensation financière de **60\$ par couple**
- Les **deux partenaires** doivent participer et être suivis en clinique de fertilité.

Vous êtes intéressés ?

Écrivez-nous à info@etudeducouple.ca ou visitez notre site à l'adresse suivante:
www.etudeducouple.ca.